



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Dependência no autocuidado em internamentos de Medicina Física e Reabilitação: Um estudo qualitativo

Filomena Maria Rodrigues de Sousa Pinheiro da Mota

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2014

Filomena Maria Rodrigues de Sousa Pinheiro da Mota

**Dependência no autocuidado
em internamentos de Medicina Física e Reabilitação:
Um estudo qualitativo**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade
do Porto

Orientador: Professora Doutora Manuela Martins
Professora Coordenadora da Escola
Superior de Enfermagem do Porto

2014

“O sujeito de interesse da prática de Enfermagem e da sua Ciência é a pessoa na sociedade que requer os serviços da Enfermagem, a relação existente entre elas, e a estrutura do processo de produção da Enfermagem”

(Orem, 2001)

Agradecimentos

Agradeço,

À Professora Doutora Manuela Martins pela disponibilidade, empenho e pelos excelentes momentos de aprendizagem que tem proporcionado,

Aos meus familiares pelas palavras de coragem e pela paciência e disponibilidade, em especial ao meu marido Rui, à minha filha Sofia, aos meus pais e irmãos, aos meus sogros, à Tia Fati e à Isabel e familiares,

Aos amigos que sempre nos apoiaram, incentivaram e ajudaram, em especial ao Armando, ao Fernando, à Maria João, à Marta, ao Paulo Alves e à Patrícia,

Aos colegas e aos enfermeiros dos serviços onde se desenrolou o estudo, em particular à Conceição e à Ana.

Resumo

A evolução da humanidade permite melhores cuidados de saúde, mas também situações de dependência no autocuidado devidas, por um lado, à maior longevidade, e por outro, ao aumento do número e gravidade dos acidentes.

A autonomia, como expressão máxima das escolhas informadas de um indivíduo, constitui um farol que orienta a prática de enfermagem. Por outro lado, a dependência não pode ser tida como redutora da dignidade do indivíduo.

Consideramos o autocuidado como um foco de intervenção de enfermagem. O centro deste estudo é a dependência do autocuidado no contexto de serviços de Medicina Física e Reabilitação, expresso pelos clientes, o que nos encaminha para um estudo de natureza qualitativa, onde a colheita de dados se faz por entrevista semi-estruturada a indivíduos internados em serviços distintos, mas todos de medicina física e reabilitação.

Estávamos preocupados em perceber a percepção dos indivíduos quanto à sua independência no autocuidado, a forma como entendem os cuidados de enfermagem para a promoção da sua autonomia, como percebem a continuidade de cuidados dentro da equipa de reabilitação e identificam os elos de ligação entre os vários profissionais da equipa.

Relativamente ao autocontrolo, o estudo revela que os participantes sentem que não são totalmente autónomos. Atribuem importância aos cuidados de enfermagem que se centra essencialmente na segurança, como apoio, na disponibilidade para a satisfação de necessidades e no carinho que este grupo profissional dispensa.

Percebem também que a recuperação física é importante para a sua autonomia, uma vez que contribui para a sua independência. Quanto à continuidade de cuidados dentro da equipa de saúde, esta é vista, por um lado como descontínua, uma vez que alguns dos participantes referem “quebras”. Das respostas positivas quanto à continuidade de cuidados, ficou a dúvida se os participantes se referiam ao providenciar de necessidades durante as 24 horas ou se consideravam a promoção da sua autonomia contínua.

Palavras-chave: autocuidado, Transições; autonomia; reabilitação, Cuidados de enfermagem.

Resumé

L'évolution de l'humanité permet de meilleurs soins de santé, mais elle permet aussi des situations de dépendance à l'auto-soin à cause de la plus grande longévité et encore à cause de l'accroissement du nombre et de la gravité des accidents.

L'autonomie, comme l'expression maximum des choix éclairés d'un individu, est un phare qui guide l'exercice des soins infirmiers. D'ailleurs, on ne peut pas penser à la dépendance comme une réduction de la dignité de l'individu.

On considère l'auto-soin comme un foyer d'intervention des soins infirmiers. Le centre de cette étude est la dépendance de l'auto-soin dans le contexte des services de Médecine Physique et de Réadaptation exprimée par les clients, ce qui nous amène à une étude qualitative où l'on réalise la récolte des données par un entretien semi-structuré à quelques personnes admises aux différents services, tous de médecine physique et de réadaptation.

On était impatient de voir la perception des individus en ce qui concerne leur indépendance dans l'auto-soin, la façon de comprendre les soins infirmiers pour la promotion de leur autonomie, de saisir la continuité des soins dans l'équipe de réadaptation et d'identifier les liaisons parmi les plusieurs professionnels de l'équipe.

Par rapport à l'auto-soin, l'étude révèle que les participants sentent qu'ils ne sont pas complètement autonomes. Ils pensent que les soins infirmiers sont importants et que cette importance se centre surtout sur l'assurance qui représente l'appui, le désir de satisfaire les besoins et la tendresse de ce groupe professionnel.

Ils voient aussi que la récupération physique est importante pour leur autonomie car elle contribue à leur indépendance. Ils sentent que la suite des soins dans l'équipe de santé est discontinue car quelques participants parlent de « ruptures ». Sur la suite des soins, on doute des réponses positives. On ne sait pas si les participants parlaient de la surveillance des besoins pendant les 24 heures ou s'ils pensaient à la promotion de l'autonomie en continu.

Mots clés : auto-soin, transitions, autonomie, réadaptation, soins infirmiers

Abstract

The evolution of humanity enables better health care, but also situations of dependency in self-care due, on the one hand, to a greater longevity, and by other side, to the increasing the number and severity of accidents.

Autonomy, as the ultimate expression of an individual informed choices, is a headlight that guides nursing practice. Moreover, the dependence can not be taken as a reduction of the dignity of the individual.

We consider self-care as a focus of nursing practice. The center of this study is the reliance on self-care services in the context of Physical Medicine and Rehabilitation, expressed by customers, which leads us to a qualitative study where data collection is done by semi-structured interview to the individuals admitted in distinct services, but all physical medicine and rehabilitation.

We were anxious to see the perception of individuals as to their independence in self-care, understand how nursing care promotes their autonomy, how they perceive the continuity of care within the rehabilitation team and identify the links between the various professional team.

The study reveals that participants feel, in relation to self-care, that they are not fully autonomous. The same individuals attach importance to nursing care that focuses primarily on safety, as support, willingness to satisfy needs caring that this professional group waiver.

We realize also that the physical recovery is important for autonomy since it contributes to their independence. As for the continuity of care within the healthcare team, this is seen on the one hand as discontinuous, because some of the participants refer to "breaks". Of positive responses regarding the continuity of care was doubt whether the participants referred to the need to provide 24 hours or considered themselves to promoting their autonomy continuous.

Key words: self-care; Transitions; autonomy; rehabilitation: nursing care.

Índice de figuras

FIGURA 1: VIVÊNCIA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO.....	87
FIGURA 2: DIAGRAMA DA ASSISTÊNCIA.....	97
FIGURA 3: UM OLHAR SOBRE A ENFERMAGEM.	106
FIGURA 4: PERCEPÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO E CONTRIBUTOS DA EQUIPA PARA A AUTONOMIA.....	115

Índice de quadros

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	70
QUADRO 2: RECONHECIMENTO DO AUTOCUIDADO	78
QUADRO 3: PERCEÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO	83
QUADRO 4: TRANSIÇÃO PARA A DEPENDÊNCIA	86
QUADRO 5: VALOR ATRIBUÍDO À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	90
QUADRO 6: PERCEÇÃO QUANTO À CONTINUIDADE DE CUIDADOS.....	96
QUADRO 7: PERCEÇÃO DO TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	100
QUADRO 8: VIVÊNCIA DO CAMINHO PARA A INDEPENDÊNCIA	103
QUADRO 9: TEMPO DE ASSISTÊNCIA	105

Índice Geral

0. INTRODUÇÃO	19
1. EM TORNO DO AUTOCUIDADO – ESTADO DA ARTE	27
1.1. Teoria do deficit do autocuidado	32
1.2. O autocuidado relacionado com Transições	40
1.3. A reabilitação e o autocuidado.....	47
1.4. Metodologia do trabalho de enfermagem.....	53
2. NA PROCURA DA ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS: DESENHO DE ESTUDO ...	59
2.1. Finalidades e objectivos	63
2.2. Perguntas de investigação.....	64
2.3. O contexto do estudo.....	66
2.4. População e amostra.....	68
2.5. Colheita de dados.....	71
2.6. Procedimentos éticos	71
2.7. Análise de dados	73
3. A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO PARA A AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO: APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	77
3.1. Reconhecimento da dependência no autocuidado	77
3.2. Assistência no internamento	88
3.3. A prática de enfermagem	97
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	109
5. CONCLUSÕES	117
6. BIBLIOGRAFIA	121

0. INTRODUÇÃO

A doença crónica será o desafio em cuidados de saúde no século XXI, sendo que a sua prevalência mundial tem aumentado, contribuindo para aumentar o impacto social e financeiro nos indivíduos, famílias e comunidades (OMS, 2005).

Este relatório diz respeito a um estudo de investigação realizado num contexto académico inserido no âmbito do XIV curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, na Universidade do Porto. Este documento pretende a descrição o mais fielmente possível de todo o percurso que levou à conclusão deste trabalho. É um estudo de natureza qualitativa que aborda o deficit no autocuidado em indivíduos que, por incapacidade de etiologia diversa, se encontram internados em serviços de Medicina Física e Reabilitação. Pretendemos com este estudo, contribuir para a reflexão sobre o que são os cuidados de enfermagem destinados à promoção da autonomia no autocuidado.

Florence Nightingale (2005:21) defendia que a Enfermagem deveria ser um auxiliar do processo reparador, que *“deveria significar a utilização correcta do ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio, e a selecção adequada tanto da dieta como da forma de a administrar...”*, revelando, já no séc. XIX, que o indivíduo deve ser cuidado dentro do seu contexto pessoal.

Cuidar das populações exige que a Enfermagem se dirija ao indivíduo no seu todo, qualquer que seja o contexto em que se insere ou a condição que apresenta *“(...) a qualidade de cuidados de saúde a que tem direito o individuo, a família e a comunidade, exige enfermeiros dotados com uma sólida formação sócio-cultural, científica e técnica,...”* (Sousa, 2006: 20), que lhes permite cuidados adequados e contributos à investigação.

“Nas sociedades modernas a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde têm permitido o aumento da longevidade das pessoas, havendo um progressivo crescimento do número de idosos” (Portugal, 2003:5). A partir especificamente da segunda guerra mundial, o cuidado às pessoas, quer sejam elas crianças ou pessoas com necessidade de ajuda no autocuidado, quer pela idade avançada, quer pela existência de incapacidade para o autocuidado, foi alterado. A mulher passou a fazer parte integrante da população trabalhadora e, por conseguinte, ficou menos disponível para cuidar dos seus familiares.

Esta mudança associada à evolução em cuidados de saúde, que permite uma maior longevidade também em caso de existência de doença crónica, exige que a sociedade crie estruturas de apoio para as populações. A *“melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde têm permitido o aumento da longevidade das pessoas (...) a esse aumento de esperança de vida tem correspondido um aumento de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes (...)”* (PORTUGAL, 2003:5). Por outro lado o aumento da incapacidade tem origem no aumento de acidentes de viação, de trabalho e cardiovasculares que atingem populações cada vez mais jovens e em idade produtiva.

Na população portuguesa, e segundo análise estatística do Instituto Nacional de Estatística, INE, com o aumento da idade vem também o aumento da percentagem de população com deficiência motora. Em análise aos dados obtidos no CENSOS 2001, o mesmo organismo afirma que este tipo de deficiência é também mais frequente no sexo masculino. *“A deficiência motora foi apontada por cerca de 25% do total das pessoas com deficiência. Esta modalidade registou, por sua vez, a maior diferença entre os dois sexos, superior para os homens: 56,9% contra 43,1% das mulheres”* (INE, 2003: 73).

As mudanças que se operam a um nível social repercutem-se em todos os outros tal qual um “efeito dominó” com consequências difíceis de prever. Assistimos ao aumento das incapacidades, quer tenham elas origem no aumento da esperança de vida, quer no aumento do número e gravidade da sinistralidade ou mesmo das doenças decorrentes de um mau estilo de vida. O Instituto Nacional de Estatística afirma, através do CENSOS 2011, que a população portuguesa está mais envelhecida relativamente a uma década atrás, apresentando um índice de envelhecimento de 129. (INE, CENSOS 2011). Verifica-se ainda que a taxa de dependência aumentou e que o grande contributo veio do envelhecimento da população.

A organização social tem de acompanhar as mudanças globais e criar estruturas de apoio ao indivíduo de forma a tentar minorar os efeitos nefastos de uma sociedade cada vez mais materialista, cada vez mais impessoal. Assim, criam-se estruturas que apoiem as famílias a cuidar dos seus idosos, das suas crianças, dos seus incapacitados. Ao mesmo tempo os sistemas de saúde tentam acompanhar as mudanças e criar meios para diminuir a repercussão negativa de todas essas mudanças.

A lei nº 500 de 11 de Novembro de 1999 *“(...)fixa os requisitos que as unidades de saúde de medicina física e de reabilitação devem observar quanto a instalações, organização e funcionamento, (...)Tendo em vista promover, designadamente, a qualidade e a segurança das actividades de medicina física e de reabilitação(...)”*. Este regime aplica-se

quer ao sector público, quer ao privado. O nº 2 do artigo 21 deste mesmo regime jurídico refere que o funcionamento dos vários departamentos previstos no regulamento requerem a “(...) *existência de consultas médicas da especialidade, de actividades de ensino e treino de doentes e familiares e de equipamento técnico adequado, de acordo com as normas aprovadas por despacho do Ministro da Saúde(...)*”(PORTUGAL; 1999).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, em Portugal, e em 2009, a esperança de vida era de 79 anos. Dados da mesma organização referentes a 2008 mostram que 23% da população portuguesa tem idade superior a 60 anos. (OMS, 2009).

A incapacidade, quer seja ela física ou mental, sempre foi uma dificuldade nas sociedades ao longo dos tempos. “*Historically, people with disabilities have largely been provided for through solutions that segregate them, such as residential institutions and special schools*” (OMS, 2011: 3). Em Portugal foi criada uma lei que visa esta segregação e que tenta diminuir ao máximo a limitação de acesso e participação cívica dos cidadãos com necessidades especiais como diz no seu Decreto-Lei nº 163/2006: “Constituem, portanto, incumbências do Estado, de acordo com a Constituição da República Portuguesa, a promoção do bem-estar e qualidade de vida da população e a igualdade real e jurídico-formal entre todos os portugueses” (Portugal, 2006: 5670).

Uma disciplina caracteriza-se pela perspetiva única de ver um determinado fenómeno, daí que, neste estudo, nos situamos na dependência no autocuidado. O autocuidado como forma de comportamento humano pode ser considerado como “ *cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento*” (Orem, 2001: 20). Requer por parte da pessoa uma atitude favorável para alcançar o bem-estar, pressupõe vontade da pessoa para desenvolver as acções destinadas a colmatar os requisitos no autocuidado, mas também implica que haja conhecimento necessário à consecução dos objectivos.

O autocuidado é aprendido pelo ser humano desde a criação da humanidade. As gerações posteriores trazem na bagagem cultural uma carga maior de conhecimento que os seus antecessores adquiriram e transmitiram. O objectivo principal do autocuidado é o de manter a vida, com a maior qualidade possível, com o intuito último de preservar a espécie.

A doença ou mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que o indivíduo pode fazer por si, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para as actividades destinadas aos objectivos de autocuidado. A doença ou dano podem trazer alterações estruturais e funcionais que levem à

necessidade do uso de medidas especializadas de autocuidado, algumas das quais de prescrição clínica (Orem, 2001: 46).

O autocuidado requer conhecimentos globais acerca dos objectivos e práticas do mesmo, assim como conhecimentos específicos sobre si próprio, incluindo o seu estado de saúde e o meio envolvente. Requer também a interiorização de conhecimentos profundos, sanções e motivação. Para que se alcance o conhecimento é necessário que se observe e faça julgamentos que conduzam à compreensão das necessidades em autocuidado assim como dos deficits, podendo ser necessária a consulta de profissionais de saúde.

A conduta do autocuidado é afetada pelo autoconceito e nível de maturidade de cada indivíduo, por objectivos e práticas culturais e por conhecimentos científicos em saúde de cada indivíduo. É também influenciado pelo seu papel no seio da família e na vida social que, quando adulto, pode escolher entre a realização ou não de determinada ação do autocuidado.

A falta de conhecimentos científicos acerca do autocuidado, alterações do estado de saúde e mau funcionamento, a falta de competências para o autocuidado e os maus hábitos relacionados com o mesmo, limitam cada indivíduo naquilo que ele poderá fazer ao nível do autocuidado de si mesmo ou de outra pessoa dele dependente (Orem, 2001: 46), e neste sentido, centraremos o nosso estudo na procura do sentido que o indivíduo dá aos cuidados de enfermagem quando internado em unidades específicas como a reabilitação.

A vida traz inerentemente mudanças às quais o indivíduo tem de se adaptar. Para isso recorre ao uso de recursos apreendidos ao longo da sua vivência, quer através da experiência pessoal, quer através dos ensinamentos transmitidos pela família, sociedade e cultura onde se insere.

Embora estas mudanças sejam muitas vezes naturais, exigem, no entanto, um forte apoio por parte das estruturas sociais que suportam as populações. A Enfermagem é um pilar de apoio importante em alguns destes processos de mudança, como no caso de mudanças ao nível do autocuidado em que passa a existir um deficit. Consideramos o deficit de autocuidado, uma mudança, uma transição, perante a qual a Enfermagem assume um papel preponderante na melhoria do estado de saúde, na qualidade de vida das comunidades e na mestria para o seu desenvolvimento.

O autocuidado é uma ação composta por padrões de sequências que contribui para a integridade, funcionamento e desenvolvimento humanos (Orem, 2001: 43), é naturalmente mutável e ajustável consoante o funcionamento e desenvolvimento de cada

indivíduo inserido no seu meio. Tem associada a ideia de movimento e continuidade, de alteração e adaptação.

Como se trata da passagem de uma forma de autocuidado para outra forma de o desenvolver, consideramos útil chamar à discussão Meleis e Trangenstein (1994: 255) para quem o conceito de transição pode ser *“pensado como sendo congruente com ou relacionados com conceitos tais como adaptação, autocuidado, desenvolvimento humano unitário...”*. No contexto deste estudo, em que os indivíduos vivenciam, no nosso entender, várias transições em simultâneo, é importante que os enfermeiros que os assistem tenham sempre presente esta noção de transição, de movimento, para que, desta forma, possam, com o indivíduo, determinar os caminhos que levam à autonomia no autocuidado.

Meleis e Trangenstein (1994: 256) definem transições como sendo *“a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro... refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação pessoa – ambiente... denota mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas, ou nas habilidades. Denota uma constelação única de padrões de resposta ao longo de um espaço de tempo”*, o que se torna útil na análise do problema sobre o qual desenvolvemos a pesquisa.

Este estudo visou perceber quais as percepções que os indivíduos possuem acerca da sua dependência no autocuidado, de como a sua autonomia é promovida e ainda como os enfermeiros participam nessa promoção. Surgiu de uma necessidade nossa de percebermos que “imagem” profissional, relacionada com a promoção da autonomia no autocuidado, é passada pelos enfermeiros que assistem indivíduos internados em serviços de internamento de Medicina Física e Reabilitação. Foi também nossa intenção entender a percepção dos indivíduos quanto à concertação de esforços entre os vários profissionais da equipa de reabilitação, no sentido da promoção dessa mesma autonomia.

Num olhar crítico, sobre o contributo de uma equipa de reabilitação para a autonomia do indivíduo, deparamo-nos com um forte investimento na recuperação física, perdendo-se na individualização das necessidades e interesses dos indivíduos; verificamos uma organização em torno da produção de treinos, com horários rígidos e onde se perde o contributo de cada profissional para o todo.

A finalidade deste estudo é a de contribuir para a continuidade na assistência ao indivíduo internado em serviços de Medicina Física e Reabilitação, com vista à promoção da sua autonomia no autocuidado durante o processo de reabilitação. Para alcançarmos

a meta a que nos propusemos faremos um estudo qualitativo exploratório. A recolha de dados referente à percepção dos participantes no estudo será feita recorrendo ao uso da entrevista semiestruturada.

Os participantes serão seleccionados com base nos critérios pré-estabelecidos e recorrer-se-á à colaboração dos profissionais de enfermagem para esta seleção, uma vez que o investigador principal desconhece por completo o seu estado relacionado com o autocuidado.

Durante o estudo iremos optar pelo conceito “indivíduo” por consideramos que este conceito encerra em si só toda a globalidade e individualidade da pessoa humana. Assim consideraremos um indivíduo como sendo “*ser humano independente e autónomo, tendo interesses e direitos eventualmente em oposição com os da sociedade ou da espécie*” (Clement et al, 1999: 199).

Com este trabalho pretendemos não só a evidência que nos conduza a uma melhoria dos cuidados que prestamos, mas também contribuir para a construção de uma base sólida de evidência que oriente a nossa prática no sentido da excelência.

Para facilitar os caminhos do estudo, incluiremos um capítulo em que o autocuidado e as transições serão abordados tendo em conta o estado da arte. Pretende-se com este capítulo perceber de forma explícita, os conceitos e a Teorias de Enfermagem para que possamos interpretar a realidade seleccionada da forma mais precisa possível. Estas Teorias de Enfermagem servirão de guia condutor do estudo, os óculos que usaremos para mais claramente podermos estudar o fenómeno pretendido. Neste capítulo será abordada a Teoria do *deficit* do autocuidado de Dorothea Orem, sob a forma das três teorias que a compõem, com os contributos das investigações que têm surgido para enriquecer e esclarecer esta Teoria. Também a Teoria de Médio Alcance, que é a Teoria das Transições, de Meleis, será abordada, pois é integrativa e complementar da primeira e fornece uma forte base de sustentabilidade ao estudo.

Ainda neste capítulo será abordada a assistência de reabilitação em Portugal. Este capítulo surge pela necessidade de esclarecer com clareza o contexto do estudo e irá centrar-se na organização da assistência em Portugal, as características dos centros de assistência e sua organização, a constituição das equipas de reabilitação e os seus objetivos, assim como esclarecer a fundamentação teórica em que se fundamenta o processo de reabilitação.

Um segundo capítulo incluirá o desenho do estudo e a análise dos dados obtidos. Neste capítulo iremos expor de forma mais concreta o estudo, organizar os dados para que no

capítulo posterior se proceda à discussão dos mesmos. Por fim concluiremos a nossa exposição. Esta conclusão servirá essencialmente para refletir sobre o estudo, nomeadamente, as suas dificuldades, as propostas de melhoria, o alcançar ou não, dos objectivos previamente traçados. A bibliografia consultada será exposta. Os documentos que foram necessários para que todos os pressupostos fossem cumpridos, assim como instrumentos utilizados no estudo, serão colocados em anexos no final do trabalho.

O indivíduo cliente dos cuidados de enfermagem merece e tem direito a cuidados de excelência. Para que tal seja possível, é necessário que, da parte dos enfermeiros, haja um constante interesse pela investigação, pela evidência científica que fundamente uma prática baseada no conhecimento resultante da investigação, das teorias, em que se demonstre claramente os ganhos em saúde resultantes dos cuidados de enfermagem. *“A disciplina de Enfermagem representa o corpo de conhecimentos relativo ao estudo do cuidar na saúde humana que engloba tanto a ciência como a arte de Enfermagem (...) a ciência de Enfermagem está vocacionada para responder a questões de interesse para a profissão e que contribuem para o aumento do corpo de conhecimentos”* (Tingen et Monti, 2002: 31).

1. EM TORNO DO AUTOCUIDADO – ESTADO DA ARTE

Este primeiro capítulo será composto por três subcapítulos onde iremos expor a Teoria do Autocuidado, a Teoria das Transições e a reabilitação associada ao deficit no autocuidado. Faremos uma exposição teórica de forma a obtermos uma visão ampla do que estes conceitos podem encerrar em si mesmos e em que que esta fundamentação vai contribuir para o estudo.

O autocuidado pode ser entendido, à semelhança de qualquer outro conceito, de formas distintas. No nosso entender, em saúde e, particularmente em enfermagem, o autocuidado será entendido como um empoderamento individual para o bem-estar, que está intimamente ligado ao conceito individual de “qualidade de vida”. Expomos neste capítulo abordagens sobre o autocuidado que irão contribuir para uma melhor interiorização daquilo que o mesmo representa neste estudo, tendo em conta que *"Self-care" relies on a model of selfhood that is drawn from the tradition of liberal humanism: the Enlightened, knowing self, the self that is conceived as the source of its own agency, autonomous, free, and guided by conceptual reason. This is the self that medical ethics typically presumes as foundational: rational, autonomous, and freely able to consent*" (Murray, 2007: 3).

Consideramos que o autocuidado é uma área do cuidar que é altamente sensível aos cuidados de enfermagem, trazendo grandes ganhos em saúde aos indivíduos que apresentem deficit no mesmo. Assim, promover a autonomia no autocuidado é essencial no cuidado ao outro, uma vez que este se destina à manutenção da vida e do bom funcionamento, assim como à obtenção da qualidade de vida que cada um deseja alcançar. *"Promoting patient self-care and increased independence are basic principles of competent nursing care."* (Cutler, 2003:199).

"Ser cuidado...cuidar de si próprio...cuidar...quem ao longo da sua vida, não conheceu cada um destes imperativos? Cuidar é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social", (Collière, 1999:15) assim, cuidar tem como principal função preservar a vida de cada indivíduo e também da espécie. Para que esta preservação possa acontecer, o indivíduo deve estar nas melhores condições de saúde. A evolução da humanidade e do conhecimento veio trazer maior compreensão dos fenómenos que, de forma direta ou indirecta, afetam a realização do autocuidado.

Naue (2008) refere-se ao autocuidado como um conjunto de passos que o indivíduo concretiza para prevenir a doença e/ou promover e manter a saúde. É um empoderamento que contribui para que o indivíduo seja ativo e independente.

Cada indivíduo é único e global ainda que todos os seres humanos tenham características semelhantes, especialmente se pertencerem ao mesmo grupo familiar, cultural ou social. A Enfermagem não pode *“funcionar de forma terapêutica com os seus pacientes a não ser que procure conhecer e acreditar na humanidade de si próprios (Enfermeiros) e das pessoas a quem prestam cuidados”* (Orem, 2001: XIV). O autocuidado está associado à prática de actividades destinadas a manter a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Chang, 2009).

“To understand self-care behaviors, it is necessary to understand the interaction among the components of self-care and sociocultural influences” (Chang, 2009: 91), dado que este é um fenómeno complexo e multidimensional, directamente relacionado com a responsabilidade e autonomia individuais.

A capacitação, mestria ou empoderamento do indivíduo serve de base ideológica a este conceito. (Wilkinson et Withehead, 2009), engloba o controlo de influências sociopolíticas que afetam as capacidades do indivíduo para gerir a sua vida, as escolhas de saúde e de bem-estar. É considerado como *“o cuidado de si próprio sem recurso a assistência médica ou profissional (...)”* (Godfrey et al, 2011:4) este conceito pode ser entendido como uma ferramenta de trabalho, uma teoria, um modelo, um processo ou um fenómeno.

O *“cuidado a si próprio, pode ser realizado em resposta à doença, lesão ou situação de cronicidade prolongada, incapacidade, ou por uma variedade de razões como a recuperação, a manutenção da saúde, a prevenção ou (...) a manutenção do próprio”* (Godfrey et al, 2011:4) e que contribui para a autonomia no autocuidado.

O autocuidado refere-se a “por si próprio” e para si próprio, exercendo *“(...) Assim a dupla conotação de cuidado para si próprio ou dado por si próprio”* (Orem, 2001: 43) É uma função reguladora que difere de outras funções reguladoras pelo facto de ser uma ação deliberada e intencional realizada pelo indivíduo com o intuito de regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento ou o dos seus dependentes. É entendido como uma conduta, como um comportamento voluntário orientado por princípios que guiam a ação e como uma actividade aprendida através das relações interpessoais e da comunicação. *“As a complex concept it includes both therapeutic care (medication*

administration; self-monitoring and self-treatment) and personal care (activities of daily living – dressing, bathing, eating, etc.)” (Godfrey et al, 2011:4).

A pessoa adulta tem o direito e a responsabilidade de cuidar de si mesma, de forma a manter a sua própria vida e saúde, assim como tem responsabilidades semelhantes relativamente às pessoas socialmente dependentes dela. Dar, assistir ou supervisionar o autocuidado de outro, é componente do cuidado às crianças, aos idosos e aos adolescentes (Orem, 2001).

O autocuidado pode ser assumido tanto como um direito como uma responsabilidade no sentido em que o indivíduo assuma comportamentos que levem à prevenção da doença ou à sua gestão. No entanto é necessário que haja mudanças nas estruturas económicas e políticas que tenham impacto positivo na capacidade para o indivíduo gerir o autocuidado, em especial em caso de doença crónica (Wilkinson et Withehead, 2009).

O autocuidado não deve, no entanto, ser visto como forma de os profissionais de saúde promoverem a independência do indivíduo, de uma forma isolada, devendo ser inserido dentro de um contexto histórico, económico e social. Este é um processo que se desenvolve num *continuum* cronológico e que pode ou não envolver a intervenção de profissionais de saúde consoante o indivíduo, apresente ou não necessidades em cuidados de saúde. O autocuidado pode ser tido tanto como uma capacidade como um processo para a saúde e desenvolvimento, é um processo individual que “ (...) *could be understood as people being responsible for their own health and well-being through staying fit and healthy, physically, mentally and where desired, spiritually. This includes taking action to prevent illness and accidents, the appropriate use of medicines and treatment of minor ailments (...)*” (Wilkinson et Withehead, 2009:1145).

Podemos considerar o autocuidado como as ações iniciadas e direcionadas para o bem-estar individual, como a prática de atividades destinadas a manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para ser compreendido deve ser inserido dentro do contexto sociocultural pois o seu conceito varia consoante essas influências. Estas podem fazer-se sentir quer no indivíduo quer nos profissionais de saúde. (Chang, 2009). As atividades de autocuidado são preservadas em situação de doença ou incapacidade, quer seja o próprio, quer este aja em colaboração com terceiros, como sendo os profissionais de saúde (Godfrey et al, 2011). “*Self-care includes social support and the meeting of social and psychological needs. Self-care provides the continuity of care between interactions with the healthcare system, enabling individuals to manage their disease or disability and maintain well-being*” (Godfrey et al, 2011: 11).

Para que se processe o autocuidado é necessária a existência de um sistema de ações de cuidar ao qual denomina de “sistema de autocuidado.” (Orem, 2001: 20). Possui como pré-requisito o “saber” e o “decidir” e que é constituído por fases, ou seja, para realizar uma atividade de autocuidado direcionada para um objetivo específico, primeiro tem de se saber qual é a ação a desenvolver e como é que ela está relacionada com a continuidade da vida, da saúde e do bem-estar (Hartweg, 1991: 14).

Desta forma, uma ação de autocuidado é composta por uma série de operações, ou fases, a “**estimativa**”, **operações de transição** e **operações produtivas**. As operações de estimativa resultam em informação acerca das condições internas e externas que indicam as necessidades de regulação, exprimindo as ações de regulação que é necessário tomar, ou seja, como requisitos individuais de autocuidado (Orem, 2001).

O segundo tipo de ação diz respeito aos meios e tecnologias disponíveis, desenvolvidos e praticáveis para cumprir os requisitos do autocuidado. São juízos e tomadas de decisão acerca do que se nos apresenta, do que poderá ser feito para reunir os requisitos do autocuidado quando se está sob determinadas condições. As ações produtivas envolvem as ações e medidas tomadas para satisfazer os requisitos de autocuidado, através do uso de medidas e meios tecnológicos apropriados de forma a satisfazer as necessidades de regulação previamente estimadas (Orem, 1984: 33).

Há fatores que podem condicionar o autocuidado de um indivíduo, quer relativamente a ele mesmo, quer relativamente a uma pessoa dele dependente. Segundo Orem (2001) a idade, o sexo, o estágio de desenvolvimento, o estado de saúde tanto do indivíduo como do sistema familiar, os sistemas de saúde, o sistema familiar, as condições socioeconómicas e culturais, os padrões de vida, fatores ambientais e a disponibilidade e adequação dos recursos existentes são considerados factores básicos condicionantes.

O autocuidado só pode ser concretizado se houver os “*Requisitos do autocuidado*”: “*conhecimentos profundos formulados e expressos acerca do tipo e consequência de acções que se sabe serem necessárias, ou que hipoteticamente poderão se úteis ao individuo para que controle o seu próprio funcionamento, desenvolvimento ou bem-estar no seu dia-a-dia, em ambientes estáveis ou em mudança*” (Orem, 2001: 47). Foram identificados três tipos de requisitos de autocuidado: “universais”, “de desenvolvimento” e “derivados da saúde”. Os requisitos universais são, segundo a autora, comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do seu ciclo de vida e estão associados à

manutenção da vida e da integridade estrutural e funcional, assim como do bem-estar em geral (Orem, 2001).

Os requisitos do autocuidado assentam em três suposições: os seres humanos têm necessidades comuns que permitem a manutenção da vida e a manutenção e promoção da integridade estrutural e funcional. O desenvolvimento do ser humano requer a formação e manutenção de condições necessárias para o crescimento e desenvolvimento conhecidos para cada fase do ciclo de vida (Orem, 2001).

Em caso de doença ou incapacidade “o comportamento de autocuidado requer educação acerca da doença ou incapacidade e também um empoderamento psicológico para que o indivíduo participe ativamente no autocuidado (Wang, 2012). Assim, a informação e o esclarecimento são, no nosso entender, requisitos imprescindíveis para o autocuidado, como refere *“Information on self-care agency must come from not only the interdisciplinary team’s perspective but also the patients’ perceptions of their own ability to function”* (Cutler, 2003:199).

McKichan e colegas (2011) afirmam que o autocuidado exige muitas capacidades e recursos, constituindo um recurso inestimável e um componente essencial na gestão de situações de cronicidade. Os mesmos autores afirmam que políticas de saúde que promovam autocuidado se considerarem as necessidades e preferências dos indivíduos, permitem ao mesmo tempo um menor dispêndio de recursos de saúde.

Sob o ponto de vista fenomenológico, o autocuidado pode ser entendido como um fenómeno relacionado com o corpo. Este fenómeno em si requer um conhecimento que advirá de uma aprendizagem. Esta, por sua vez, conduz a uma experiência que será vivida de forma individual.

A aprendizagem corresponde a alterações de comportamento que se irão manifestar numa variedade de ações (Söderhamn, 2000). Para MacKichan et al (2011:1) o autocuidado *“can be broadly defined as those behaviours that are practiced by the individual and directed at relieving symptoms, maintaining health, or preventing ill health”*.

O autocuidado como uma abordagem para a promoção da saúde, do controlo das situações de saúde e doença, como um recurso para a saúde é outra perspetiva a considerar. Na medicina considera-se o autocuidado como a gestão da doença. A sociologia aborda o fenómeno sob o ponto de vista do apoio social, relacional e legal. Os sistemas de saúde encaram o autocuidado sob uma perspetiva economicista, mudanças de estilos de vida e apoio por parte do sistema social (Hoy et al, 2006).

Em síntese, podemos afirmar face aos vários autores que o autocuidado é entendido, de uma forma geral, como um comportamento que vai sofrendo atualizações ao longo do percurso de vida do indivíduo e que tem em vista a qualidade de vida que cada um define para si próprio. Estas atualizações estão relacionadas com eventos ou fases do desenvolvimento e são apreendidas sob influência diversa como sendo a cultura, a sociedade, o ambiente e crenças religiosas. Estes vão contribuir para a forma como o indivíduo encara o seu deficit no autocuidado e a forma como vê todo o seu processo de reabilitação e recuperação de autonomia.

1.1. Teoria do deficit do autocuidado

Uma disciplina caracteriza-se pela perspetiva única de ver um determinado fenómeno. A Enfermagem é uma disciplina prática que gera teorias tanto descritivas como prescritivas pois tem objetivos práticos. (Crowley et al, 2002:10). É uma comunidade de interesse que se organiza em volta do conhecimento acumulado pertencente a um grupo académico ou profissional, o que se aplica à disciplina e profissão de Enfermagem (Tingen, 2002).

A prática de enfermagem refere-se às ações desenvolvidas por enfermeiros em benefício das populações que têm necessidade em cuidados de enfermagem. Dentro do contexto da Teoria do Deficit do Autocuidado” *nursing practice refers to actions taken by nurses to help individuals and multiperson units who seek and can benefit from nursing because of existing or predicted health-derived or health-related selfcare or dependent care deficits*” (Fawcett, 2003: 11).

A prática baseada na evidência, fundamentada na Teoria do Deficit de autocuidado, engloba cinco áreas de atividade: a relação enfermeiro/indivíduo, a tomada de decisão relativa à necessidade e ou forma de ajuda de Enfermagem ao cliente, responder às necessidades e desejos dos clientes, prescrever, fornecer e orientar os cuidados de enfermagem, integrar e coordenar a Enfermagem na vida diária do indivíduo e com outros cuidados de saúde que possa ter necessidade. Para Fawcett (2002), uma prática orientada pela Teoria do Deficit de autocuidado, exige evidência proveniente dos vários padrões do conhecimento (empírico, ético, estético, pessoal) e do conhecimento sociopolítico.

Quanto ao conhecimento sociopolítico, que ajuda a Enfermagem a compreender o contexto onde se move e oferece uma perspetiva múltipla da situação, este fundamenta

a integração dos cuidados de Enfermagem no dia-a-dia do indivíduo assim como, a integração de outros tipos de cuidados de saúde, sociais e educacionais (Fawcett, 2002).

A Teoria Geral de Enfermagem do Deficit de Autocuidado identifica-se como uma teoria geral daquilo que é a Enfermagem e do que esta deveria realizar na sua prática. Como teoria geral que é, ela não pretende a resolução ou explicação de uma situação da prática de Enfermagem em particular ou mesmo de um tipo de situação da prática clínica de Enfermagem. A teoria é antes *“uma expressão de uma combinação única de fatores concetualizados e das relações entre eles que são comuns a todas as formas de Enfermagem”* (Orem, 2001: 137).

Orem afirma que *“A teoria do deficit de auto cuidado constitui uma síntese do conhecimento existente acerca das entidades teóricas autocuidado (e cuidar dependente), agência de auto cuidado (e agência do cuidar dependente), necessidade de auto cuidado terapêutico, a entidades relacional deficit de auto cuidado e agência de enfermagem. Esta teoria geral de enfermagem expressa-se através de entidades definidas teoricamente e introduz declarações existentes sobre as mesmas (...)”* (Orem, 2001: 140).

Este modelo teórico servirá de base para o nosso estudo. A seleção deste modelo prendeu-se com o facto de que a prática de enfermagem está direccionada para ajudar o indivíduo a reunir as condições para satisfazer as suas necessidades, ou a dos seus dependentes, autocuidado terapêutico (Fawcett, 2008).

“O autocuidado é uma função humana de regulação que os indivíduos devem, com deliberação, realizar para eles mesmos ou ser realizada por eles (cuidar de dependente) para suprir e manter o fornecimento de materiais e de condições que permitem manter a vida, manter o funcionamento físico e psicológico e de se desenvolver segundo as condições essenciais à vida; e para a integridade de funcionamento e de desenvolvimento *“(…), deve ser aprendido e praticado de forma intencional e contínua no tempo e em conformidade com os requisitos de regulação associados ao indivíduo, (...)”* (Orem, 2001: 143).

Os indivíduos desenvolvem continuamente, através do exercício intelectual e de aquisição de habilidades práticas, de forma a manterem-se motivadas para o seu cuidado diário. O autocuidado exige disponibilidade, procura, preparação e uso de recursos para determinar o que se precisa e estes variam consoante o meio social, cultural e familiar em que o indivíduo se desenvolve. As ações de autocuidado estão dependentes dos contextos e situações que podem ou não ser variáveis. A experiência individual e os

conhecimentos científicos que cada um possui contribuem para o acumular de um corpo de conhecimentos acerca do autocuidado (Orem, 2001).

É através da Teoria do Deficit do Autocuidado que se expressam e desenvolvem as razões que justificam as necessidades de enfermagem dos indivíduos associam-se à subjetividade relacionada com a saúde e que limitam o desenvolvimento de ações e que torna os indivíduos incapazes de, *“(...) total ou parcialmente, reconhecerem a existência ou a emergência de necessidades em cuidados relacionados com o seu próprio regulamento ou o dos seus dependentes, e para empenhar-se na prossecução e desempenho contínuo dos meios de controlo, ou de alguma forma, gerirem os fatores que são reguladores do seu próprios funcionamento e desenvolvimento ou o dos seus dependentes”* (Orem, 2001: 146 /147).

O envolvimento em ações do autocuidado requer capacidade de agir em condições tanto estáveis como instáveis, depende da avaliação das medidas tomadas e dos conhecimentos que se detêm. As capacidades para o autocuidado estão dependentes da idade, estágio de desenvolvimento, experiência, orientação sociocultural, saúde e dos recursos disponíveis.

A relação entre as capacidades e requisitos de autocuidado pode, se conhecidos os valores, ser quantificada e classificada como sendo “menor que”, “igual a” ou “maior que”. A Enfermagem é um serviço legítimo quando essa relação é classificada de “menor que”, ou seja, existe uma relação de deficit, ou quando a relação está classificada em “igual a” ou “maior que”, mas existe um potencial deficit previsível no futuro devido a um decréscimo previsível nas capacidades para o autocuidado ou cuidado dependente (Orem, 2001).

Acreditamos que no caso dos indivíduos participantes do estudo existe a relação “menor que”, ou seja, um deficit no autocuidado que leva à necessidade de cuidados de enfermagem que se destinem a colmatar e ultrapassar esse mesmo deficit. Este colmatar não implica obrigatoriamente uma substituição mas antes implica que, com cada indivíduo em particular, se encontrem as estratégias mais adequadas para atingir a autonomia possível no autocuidado.

Um deficit no autocuidado pode ser permanente ou transitório e pode ser total ou parcialmente eliminado, dependendo das capacidades e disposições dos indivíduos. *“Os deficits de autocuidado, quando expressos nas limitações das pessoas para se comprometerem com as operações intencionais (de estimativa) ou de produção de*

autocuidado, fornecem guias de orientação para a selecção de ajuda e de compreensão do papel do paciente no autocuidado” (Orem, 2001: 147).

Um sistema é grupo de estruturas organizado em torno de uma função particular (Venes, 2010), e um sistema de saúde é, segundo a OMS, um conjunto de atividades cujo fim é o de promover, restaurar ou manter a saúde. *“Health systems are defined as comprising all the organizations, institutions and resources that are devoted to producing health actions.”* (OMS, 2002:Xi). Quando existe um deficit no autocuidado, há uma clara necessidade de cuidados de enfermagem, pelo que será pertinente falar da teoria dos sistemas de Enfermagem. *“A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece a estrutura e os conteúdos da prática de Enfermagem. É a teoria que articula característica de enfermagem, da agência de enfermagem com as características dos doentes de necessidade de autocuidado terapêutico e agência de autocuidado (ou agência de cuidar dependente)”* (Orem, 2001: 147).

Os sistemas de Enfermagem são sistemas de ação planeados e produzidos por enfermeiros destinados aos seus recetores legítimos (pessoas com deficit real ou potencial de autocuidado ou de cuidar dependente) através do exercício dos seus poderes de agência de enfermagem. Os sistemas de ajuda que se podem empregar são múltiplos e variados e podem ser usados vários em simultâneo. Cada um deles implica a atribuição de papéis específicos, quer para os enfermeiros, quer para os indivíduos seus clientes (Orem, 2001).

Quando se encontra em uso mais que um sistema de ajuda em simultâneo, ambas as partes se devem mover de um papel para o outro consoante a alternância de sistema. Os sistemas de Enfermagem constituem uma sequência de ações intencionais por parte dos enfermeiros e em colaboração com os seus clientes, para que sejam satisfeitas as necessidades de autocuidado terapêutico e para proteger e regular o exercício ou desenvolvimento da agência de autocuidado (Garcés, 2003). Os sistemas de Enfermagem compõem-se de ações concretas e deliberadas por parte dos seus intervenientes com o intuito de colmatar as necessidades de autocuidado terapêutico.

Para Orem (2001) os Sistemas de Enfermagem são sistemas de ajuda onde os enfermeiros e o indivíduo determinam, os melhores caminhos para a satisfação das necessidades de autocuidado. Walsh et al (2012) afirmam que o cuidar em situações crónicas requer uma parceria contínua entre o indivíduo e a equipa de saúde. Esta parceria pode e deve envolver o prestador de cuidados.

No nosso entender, os sistemas de enfermagem são uma parceria em que os deficits de autocuidado vão ser abordados segundo as decisões da equipa. São um sistema de ajuda onde o enfermeiro tenta o empoderamento do indivíduo no autocuidado. Este empoderamento assume a forma necessária para ultrapassar as barreiras identificadas como responsáveis pelo deficit de autocuidado. Nesta parceria, o indivíduo aceita as responsabilidades que toda a equipa determinou no sentido de recuperar autonomia no autocuidado.

O autocuidado é um processo natural de tomada de decisão acerca das escolhas e comportamentos destinados a manter a estabilidade fisiológica (autocuidado de manutenção) e a gerir sintomas de doença quando estes ocorrem (autocuidado de gestão) (Walsh et al, 2012).

A definição do sistema de ajuda está dependente do diagnóstico quanto ao deficit de autocuidado apresentado pelo indivíduo, do conhecimento acerca das limitações do cliente, que são derivadas do seu estado de saúde e conhecimento da energia que o cliente pode despende. *“A number of patient factors increase the complexity of self-care and makes learning the new behaviors and skills required more challenging, including older age, decreased health literacy, cognitive impairment, and the individual variation in symptom experience”* (Walsh et al, 2012: 2134).

Existem três variações básicas nos Sistemas de Enfermagem: os Sistemas de Enfermagem totalmente compensatórios; os Sistemas de Enfermagem parcialmente compensatórios e os Sistemas de Enfermagem de suporte e educação - ações relacionadas com o desenvolvimento (Orem, 2001).

Sistemas totalmente compensatórios: o diagnóstico de Enfermagem determinou que o indivíduo é totalmente incapaz, devido a fatores de vária ordem, de se envolver nas atividades de autocuidado de forma a colmatar as necessidades existentes, pelo que deve ser o enfermeiro a substituí-lo. Inserido neste sistema existem três subsistemas: o subsistema para indivíduos com incapacidade para realizar qualquer tipo de ação deliberada nem tomar decisões; o subsistema para aqueles com capacidade para tomar decisões, mas que não podem realizar as ações de autocuidado de que necessitam e o subsistema para os que podem realizar ações de autocuidado mas que não têm capacidade para tomar decisões (Orem, 2001:352).

A melhor forma da Enfermagem substituir o indivíduo é interagir com a família e integrá-la nos cuidados, partilhando responsabilidades. Os enfermeiros têm responsabilidade social por prestar cuidados ao indivíduo com limitações extensas na agência de autocuidado e,

como tal, devem aceitar essa responsabilidade. Devem também possuir conhecimentos que lhes permitam planejar, executar e gerir ações de autocuidado que sejam eficazes, assim como a capacidade de determinar, ensinar e supervisionar. Neste caso é à enfermagem que cabe o papel principal, e muitas vezes único, no sistemas de ação destinados a satisfazer os requisitos de autocuidado e proteger a integridade do indivíduo (Orem, 2001).

Caso o diagnóstico de enfermagem conduza a um sistema parcialmente compensatório, as funções e ações de cada um dos intervenientes (indivíduo e enfermeiro) e as suas responsabilidades, vão depender do estado do indivíduo quanto à sua limitação física, das competências e do conhecimento científico e técnico exigido e da capacidade psicológica para executar ou aprender atividades específicas. Se o diagnóstico de enfermagem foi o de que o indivíduo pode e deve realizar todas as atividades de autocuidado, embora sob supervisão e acompanhamento, então o sistema de enfermagem é o de suporte e educação. As técnicas de ajuda que se aplicam neste caso são as de apoio, orientação, fornecimento de um ambiente de desenvolvimento e ensino (Orem, 2001).

Os indivíduos possuem a capacidade de desenvolverem competências práticas e intelectuais para a realização de atividades de autocuidado. As influências culturais e pessoais vão influenciar a forma como satisfazem as necessidades de autocuidado. Assim, a enfermagem deve perceber quais são essas influências e desenvolver sistemas de ajuda que contemplem as mesmas para que os resultados possam ser mais de acordo com as necessidades dos indivíduos. *“growing evidence that supporting self care can help to improve health and quality of life, leading to an increase in patient satisfaction and a reduction in the use of services”* (Department of health, 2005, citado por Johnston et al, 2009: 386).

Johnston et al (2009), afirmam que um sistema de apoio ao autocuidado, resulta na melhoria dos resultados em saúde e no uso do sistema de saúde. Este investimento no autocuidado conduz a um empoderamento das populações que, ao gerirem o seu estado de saúde, com ou sem ajuda dos profissionais de saúde, vão melhorar a sua qualidade de vida.

As ações requeridas para o autocuidado são separadas das capacidades do indivíduo para se envolver no mesmo, assim como, o estímulo para a tomada de medidas para satisfazer as necessidades de autocuidado nem sempre traz resultados terapêuticos. Importa então questionarmo-nos sobre o conceito de necessidade de autocuidado terapêutico. *“O conceito “necessidade de autocuidado terapêutico” é uma estrutura de*

meios de acção ou de medidas de cuidado formulados e expressos, que devem ser tomadas para gerar processos de acção, usando as tecnologias (meios) seleccionadas para alcançar (...) os objetivos de regulação dos requisitos de autocuidado (funcionais ou de desenvolvimento) existentes ou emergentes que são conhecidos dos indivíduos” (Orem, 2001: 223).

Os meios usados para satisfazer os requisitos de autocuidado devem possuir graus de eficácia e de fiabilidade conhecidos, assim como, a escolha desses meios deve estar dependente de um conhecimento prévio do indivíduo e da função de regulação de cada requisito de autocuidado conhecido. A necessidade de autocuidado terapêutico, assim como os requisitos universais do mesmo, são comuns a todos os indivíduos mas particularizam-se mediante a presença dos fatores básicos condicionante que influenciam cada um em particular, embora possam existir algumas vertentes em comum. As mudanças que ocorrem na necessidade de autocuidado terapêutico estão relacionadas com a natureza dos fatores básicos condicionantes de cada indivíduo. *“As necessidades em autocuidado terapêutico são características das pessoas que se encontram sob os cuidados de Enfermagem” (Orem, 2001: 224).*

A satisfação das necessidades de autocuidado constitui a razão para o envolvimento no mesmo, enquanto os meios usados para esse fim produzem a estrutura e componentes constitutivos da necessidade de autocuidado terapêutico. Associadas aos resultados no autocuidado terapêutico, estão atividades de enfermagem como ajuda no autocuidado, educação do indivíduo e a sua orientação no sistema de saúde (Doran et al, 2006).

Os fatores básicos condicionantes influenciam de várias formas as necessidades de autocuidado terapêutico e a Enfermagem deve estar preparada, sob o ponto de vista prático e científico para, com o indivíduo, delinear estratégias e objetivos que permitam a satisfação dos requisitos de autocuidado o mais próximo possível do ideal estabelecido por todos os envolvidos no processo.

Para que este objetivo seja mais facilmente alcançado deve proceder-se a um cálculo das necessidades terapêuticas de autocuidado. Este processo requer um raciocínio hipotético-dedutivo que permite determinar as ações necessárias para o indivíduo regular o seu funcionamento e desenvolvimento, de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar. *“A base ou fundação da necessidade de autocuidado terapêutico de uma pessoa é constituída pelos requisitos universais e de desenvolvimento do autocuidado particularizados para a pessoa pela idade, género, estágio de desenvolvimento, padrões de vida e condições e circunstâncias ambientais” (Orem, 2001: 242).*

O cálculo das necessidades de autocuidado terapêutico foca-se nos seus componentes, enquanto o seu *design* se centra nas relações entre eles, ou seja, estabelece as relações existentes entre as ações destinadas a satisfazer os requisitos de autocuidado da pessoa nas 24 horas. Este plano de cuidados deve ser revisto frequentemente e ajustado sempre que seja identificado um novo requisito de autocuidado.

As necessidades de autocuidado terapêutico variam consoante os requisitos sobre os quais assentam. Estas variações determinam dois grupos de cuidados de saúde ao nível da prevenção: necessidade de autocuidado de prevenção primária (que inclui as atividades relacionadas com a satisfação dos requisitos universais e de desenvolvimento do autocuidado) e as de prevenção secundária e terciária, onde se incluem as atividades destinadas a satisfazer os requisitos de autocuidado de desvio de saúde, de desenvolvimento e universais (Orem, 2001).

O autocuidado é o empoderamento do indivíduo para gerir a sua saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Esse empoderamento é, em primeira instância, conferido pela família e pela sociedade. Tem associado um forte cariz social e cultural. Os profissionais de saúde estão alerta para diagnosticar possíveis deficits e implementar, com o indivíduo, estratégias de suporte que permitam recuperar, manter ou prevenir situações que conduzam a danos físicos, mentais, emocionais, sociais e familiares.

Em indivíduos internados em serviços de Medicina Física e Reabilitação, os deficits de autocuidado podem ter um peso significativo na sua qualidade de vida. Perceber o significado que esses mesmos deficits têm para os indivíduos é essencial para que os cuidados de enfermagem respondam às suas necessidades. A qualidade de vida é um conceito que assume significado distinto para cada indivíduo. No nosso entender este significado está também dependente das circunstâncias pessoais e ambientais atuais de cada indivíduo. Indivíduos diferentes sentem diferentes impactos na sua qualidade de vida e o mesmo indivíduo pode sentir também diferenças em situações semelhantes mas sob contextos distintos.

Conhecer a teoria do deficit do autocuidado é um contributo importante para a definição, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem destinadas a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que assiste. Para o nosso estudo o autocuidado é fulcral como suporte teórico, pois vai proporcionar um forte alicerce ao mesmo, permitindo mais facilmente estabelecer uma ponte de comunicação com o indivíduo no sentido de irmos ao seu encontro.

1.2. O autocuidado relacionado com Transições

A vida traz inerentemente mudanças às quais o indivíduo tem de se adaptar. Para isso recorre ao uso de recursos apreendidos ao longo da sua vivência, quer através da experiência pessoal, quer através dos ensinamentos transmitidos pela família, sociedade e cultura onde se insere. Embora estas mudanças sejam muitas vezes naturais, exigem, no entanto, um forte apoio por parte das estruturas sociais que suportam as populações. A Enfermagem é um pilar de apoio importante em alguns destes processos de mudança, como no caso de mudanças ao nível do autocuidado em que passa a existir um deficit. Consideramos o deficit de autocuidado uma mudança, uma transição, perante a qual a Enfermagem assume um papel preponderante na melhoria do estado de saúde e qualidade de vida das comunidades.

O autocuidado é uma ação composta por padrões de sequências que contribui para a integridade, funcionamento e desenvolvimento humanos (Orem, 2001), por isto, é naturalmente mutável e ajustável consoante o funcionamento e desenvolvimento de cada indivíduo inserido no seu meio. Tem associada a ideia de movimento e continuidade, de alteração e adaptação. Consideramos que se encontra associado a este conceito o conceito de transições. Para Meleis e Trangenstein (1994: 255) o conceito de transição pode ser *“pensado como sendo congruente com ou relacionado com conceitos tais como adaptação, autocuidado, desenvolvimento humano unitário...”*

O conceito em si tem origem no termo latino transição que significa fluir, passagem através do tempo, sujeito ou lugar e implica mudança. É um conceito aplicável a diversas áreas da vida humana (desde música, antropologia, política, sociologia enfermagem, geografia à história). A enfermagem assiste indivíduos que se encontram numa fase de desequilíbrio, em mudança, numa fase de reorientação e transformação. *“Assisting people to transition towards a sense of mastery involves the acquisition of information, social support systems, maintaining or developing strong connections with others and learning ways to adapt to change through a heightened awareness of self”* (Kralik et al, 2006: 324).

Ajuda-nos a compreender o problema em estudo se consideramos Meleis e Trangenstein (1994:256) que afirmam que a transição é *“a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (...) transições refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação pessoa – ambiente (...) denota mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas, ou nas habilidades. Denota uma constelação única de padrões de resposta ao longo de um espaço de tempo.”* São consideradas uma

resposta às mudanças, em especial se estas forem mudanças que rompam seriamente com o que está pré-estabelecido (Blum e Sherman, 2010).

“A transição é um processo que envolve movimento de um estado de equilíbrio para um outro de desequilíbrio e para um novo estado de equilíbrio que resulta da percepção de mudança (...) em si mesmo ou no ambiente” (Wilking e Woodgate, 2006, 263). Este pensamento é também partilhado por Porter que afirma que *“Transitions are changes in status or state in terms of roles, identities, patterns of behavior, relationships, or circumstances. Often characterized by uncertainty, a sense of disequilibrium, and heightened stress (...)”* (Porter, 2005:229), envolve transformação ou alteração através de processos de incorporação, integração ou adaptação.

São resultado e resultam em mudanças operadas pela interação do indivíduo com o seu ambiente. Ao mesmo tempo constituem um objetivo. As mudanças ocorridas no indivíduo que o conduziu a um deficit no autocuidado, resultaram num processo de transição. Este processo, quando realizado e vivido de forma saudável, conduz a um processo de adaptação, de aprendizagem e persistência que visa a adaptação plena do indivíduo à sua nova condição. Somos assim levados a subscrever a ideia de que *“O desafio para os Enfermeiros e outros envolvidos na assistência destas transições inerentes é o de compreender o processo de transição e de desenvolver intervenções que sejam eficazes em ajudá-los a alcançar a estabilidade e sentido de bem-estar”* (Davies, 2005: 659).

Meleis afirma que a Enfermagem lida com indivíduos que experimentam um processo de transição, quer seja em pleno processo de transição, na antecipação de uma transição ou na conclusão de uma transição, e que este *“denota uma mudança no estado de saúde ou no papel relacional, expectativas e habilidades. Ela denota mudanças nas necessidades em todos os sistemas humanos”* (Meleis, 2007:470), pelo que requer que haja da parte do indivíduo uma incorporação de novos conhecimentos que lhes permitam alterar comportamentos para redefinir o seu “eu” no contexto social.

As transições são de vários tipos e implicam sempre ajustes de papéis, comportamentos e conhecimento. Envolve uma reorientação interior à medida que o indivíduo aprende a incorporar e a adaptar as novas circunstância da sua vida (Kralik et al, 2006). Os mesmos autores defendem que a enfermagem deve olhar para o indivíduo de forma holística e que, para conseguir esse objectivo, deve encarar todos os aspetos do processo de transição.

O indivíduo pode viver transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença e de natureza organizacional. Estas podem não ocorrer de forma isolada sendo a maioria

das vezes múltiplas, ou seja, existe mais que um tipo de transição em simultâneo. (Meleis et al, 2000). Os mesmos autores afirmam ainda que podem ser transições de natureza complexa ou simples e que não são mutuamente exclusivas. *“Nurses need to consider the patterns of all significant transitions in an individual or family's life rather than focusing only on one specific type of transition”* (Meleis et al, 2000:18).

“Todas estas são transições que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam com ou ajudam os outros a lidar com elas” (Meleis, 2007: 220). Davies (2005) afirma que esta é uma área importante para a enfermagem uma vez que, os indivíduos que se encontram a vivenciar algum dos tipos de transição, estão mais vulneráveis a riscos que possam afetar a sua saúde e bem-estar. A enfermagem contribui grandemente para que readquira o bem-estar e estabilidade (Davies, 2005). Se considerarmos a Teoria do Deficit de Autocuidado, o ajuste de papéis faz-se através do empoderamento do indivíduo, através da criação de condições que lhe permitam ser mais autónomo no autocuidado. Os Sistemas de enfermagem vão contribuir neste processo de transição.

O deficit no autocuidado enquadra-se no tipo de transição definido como “transição de saúde doença”. Esta está relacionada com alterações ao estado de saúde do indivíduo e, quando vivida de forma saudável, pressupõe que este tome medidas para a recuperar ou minimizar as suas consequências. A prática de Enfermagem preocupa-se pela forma como os indivíduos vivem e respondem às transições, assim como com os factores que com elas interferem (McEwen et al, 2007). *“A Enfermagem não lida com a transição de um indivíduo, de uma família, ou de uma comunidade de forma isolada do ambiente”* (Meleis, 2007:471), defendendo que a forma como os seres humanos lidam com as transições e a forma como meio ambiente afeta essa abordagem são questões fundamentais para a Enfermagem.

Para Meleis e Trangenstein (1994: 257) *“cuidar deve ser visto como um processo que facilita transições bem-sucedidas que não está vinculado por início e fim de um evento determinado medicamente”*. A Enfermagem pretende compreender o indivíduo no seu todo, percebendo quais as transições ocultas pela transição de doença/saúde para alcançar o bem-estar que é objetivo do ser humano. A prática centra-se na prevenção de transições não saudáveis, na promoção do bem-estar e em lidar com as situações de transição presentes no indivíduo que é seu cliente.

Meleis (2007) entende que existe uma redefinição de papéis durante um processo de transição e que esta é um processo intencional. Esta redefinição pode ser tanto preventiva como terapêutica e que a enfermagem deve estar preparada para ajudar a

pessoa a assumir o seu novo papel através da transmissão de conhecimentos e estabelecendo uma relação empática com o indivíduo seu cliente.

Se considerarmos mais uma vez a teoria dos sistemas de enfermagem defendida por Orem, voltamos a concluir que a Enfermagem vai desempenhar o papel de orientador da situação, ou seja, as transições devem conduzir, após o período de crise, à aquisição de competências que levem, e tendo em conta o nosso estudo, à aquisição de competências para colmatar o deficit de autocuidado. Assim, à enfermagem cabe definir que sistema de suporte irá implementar para que o deficit no autocuidado seja ultrapassado ou sejam minorados os seus efeitos na qualidade de vida.

Perceber as propriedades das transições proporciona ao enfermeiro uma abrangente compreensão da situação e poderá conduzir a tomadas de decisão eficazes. Segundo Meleis et al (2000), as propriedades das transições estão interrelacionadas e podem não se apresentar de forma evidente. Assim, as suas propriedades são: a consciencialização; envolvimento; intervalo de tempo; diferença e mudança; pontos críticos e eventos. A primeira refere-se à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. Requer que haja uma congruência entre o reconhecimento da vivência e comportamentos esperados face à situação. Só a consciencialização da transição permite o desenvolvimento do processo. No caso do deficit do autocuidado, o indivíduo consciencializa a transição quando reconhece esse deficit, quando o aceita e quando age em conformidade de forma a tentar minorá-lo ou ultrapassá-lo.

O envolvimento diz respeito ao grau de envolvimento do indivíduo no processo de transição, isto é, as iniciativas proativas que providencia para ultrapassar a crise que está a vivenciar. O nível de consciencialização influencia o grau de envolvimento e vice-versa (Meleis et al, 2000).

A mudança e diferença é uma propriedade essencial nas transições. Estas, embora sejam semelhantes, não são intermutáveis. Todas as transições envolvem mudança, tanto sendo a sua causa como o seu efeito, muito embora nem todas as mudanças sejam transições. *“As mudanças podem estar relacionadas com eventos críticos ou desestabilizadores, com roturas de relacionamentos e rotinas, ou com ideias, percepções, e identidades”* (Kralik et al, 2006). A diferença associa-se a uma forma diferente de se ver a si mesmo, ao mundo e aos outros, bem como sentir-se diferente e ser percebido de forma diferente, assim como pelo facto de possuir expectativas diferentes (Meleis et al 2000: 20).

Quando se avalia uma experiência de transição, é importante considerar a possibilidade de fluxo e de variabilidade ao longo do tempo, que podem levar à necessidade de ajustar os objetivos traçados. É identificável um momento de início e fim, com um intervalo entre eles que corresponde a um período de crise. (Meleis et al, 2000). Algumas transições estão associadas a eventos específicos ou pontos de mudança. Os eventos críticos estão muitas vezes associados a um aumento da consciencialização para a mudança ou diferença ou para o aumento do envolvimento na experiência de transição. *“Adicionalmente existiram eventos críticos finais que se caracterizaram por um sentimento de estabilização em novas rotinas, habilidades, estilos de vida, e atividades de autocuidado”* (Meleis, 2000: 21).

Transições são um conceito central em Enfermagem, pois centram-se no indivíduo assim como naquilo em que ele se transforma (Meleis e Trangenstein, 1994: 255). Um conhecimento aprofundado das transições permite melhores cuidados de Enfermagem pois aumenta as hipóteses de se fornecer orientação, apoio e assistência necessárias para auxiliar o indivíduo a alcançar os seus objetivos. Para assistir o indivíduo, a enfermagem deve conhecer os fatores que facilitam ou dificultam o processo de transição e saber identificar em que fase da transição se encontra, *“Understanding transition enables nurses to move towards a more holistic approach to the provision of care”* (Kralik et al, 2006: 326).

Os fatores que inibem ou facilitam transições podem ser de natureza pessoal ou ambiental. Exemplos de condições pessoais são o significado que o indivíduo atribui aos eventos que precipitaram o processo de transição, assim como o próprio processo de transição em si. As crenças culturais e atitudes estão muito relacionadas com estigmas que podem impedir a partilha de sentimentos e conduzir a uma vivência isolada da transição. O nível socioeconómico é também um fator de natureza pessoal que pode influenciar a vivência de uma transição; assim como a preparação e o conhecimento que o indivíduo detém (Meleis, 2000).

As condições sociais e comunitárias, muito relacionadas com o suporte fornecido, são influência no processo de transição. Os recursos financeiros, estruturais e de saúde enquadram-se dentro deste grupo de fatores, assim como, as questões relacionadas com a discriminação racial (Meleis et al, 2000).

Transições saudáveis caracterizam-se por indicadores referentes quer ao processo quer aos objetivos em si próprios. A identificação de indicadores que conduzem os indivíduos a transições saudáveis, ou pelo contrário, a transições menos saudáveis, é essencial para que os enfermeiros possam delinear estratégias de intervenção através de

diagnósticos precoces de estados menos saudáveis. Assim, o conhecimento dos padrões de resposta de cada indivíduo perante uma determinada transição, permite à Enfermagem planejar intervenções que conduzam a um processo de transição saudável.

Existem quatro tipos de padrões de resposta: o sentir-se ligado; o interagir; o estar situado; e o desenvolver confiança e coping. Sentir-se ligado está relacionado com a necessidade que o indivíduo tem de se sentir e estar conectado. Este padrão de resposta está intimamente relacionado com as ligações pessoais de cada indivíduo, quer com os laços antigos, por exemplo ligações familiares ou de amizade, quer com novos laços, como por exemplo colegas de trabalho. A confiança nos profissionais de saúde leva a um processo de transição positivo uma vez que está receptivo aos seus conselhos (Meleis et al 2000: 24).

Um outro padrão de resposta é a interação. Este permite um desenvolvimento de comportamentos positivos e uma apreensão mais fácil do próprio significado da transição. Através da interação o autocuidado e os prestadores de cuidados podem conviver de forma harmoniosa, ou seja, há lugar para os sistemas de enfermagem, definindo-se qual desses mesmos sistemas vai vigorar dependendo do nível de deficit de autocuidado.

Estar situado é o padrão em que o indivíduo se localiza no tempo e no espaço, muitas vezes fazendo comparações entre localizações espaço temporais distintas. A criação de novos significados e perceções é uma característica inerente a um processo de transição (Meleis et al 2000: 25).

Desenvolver confiança e coping constitui um outro tipo de padrão de resposta que se caracteriza por um aumento do nível de confiança do indivíduo que experiencia uma transição saudável. *“O desenvolvimento da confiança manifesta-se no nível de compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação e em viver com limitações; no nível de recursos utilizados; e no desenvolvimento de estratégias de gerência”* (Meleis et al 2000: 25). No que diz respeito ao deficit de autocuidado, o indivíduo torna-se num agente de autocuidado ativo e proativo no sentido da sua autonomia progressiva, na aquisição de estratégias de adaptação. O desenvolvimento e manifestação dos níveis de confiança decorrem consoante os progressos do processo de transição. As experiências de vida trazem um acumular de conhecimentos e um maior reconhecimento dos pontos de viragem e de situações críticas (Meleis et al 2000: 25).

Esta adaptação e aquisição de competência são demonstradas por dois grupos indicadores de resultados: a mestria em novas capacidades necessárias para gerir um

processo de transição e o desenvolvimento de identidades fluidas e integrativas. O nível alcançado por cada um destes indicadores reflete o nível de qualidade de vida sentido pelo indivíduo que experiencia a transição. *“A determinação de quando a transição está completa deve ser flexível e variável dependendo do tipo ou mudança do evento que iniciou a transição, assim como da natureza e padrões da transição”* (Meleis et al 2000: 26).

À medida que se desenrola o processo de transição, os conhecimentos e capacidades do indivíduo evoluem também. A conclusão saudável de uma transição está relacionada com a mestria dos conhecimentos e capacidades necessárias para gerir a sua nova situação e/ou ambiente, demonstradas pelo indivíduo que vive a transição. O indivíduo experiencia alterações de identidade ao adaptar-se ao seu novo contexto ou ambiente. Uma transição pode ser vista sob um ponto de vista bifocal pois a identidade que vai prevalecer vai depender da situação que o indivíduo vive e da presença de outras transições associadas. (Meleis et al, 2000). O autocuidado, no caso de situações prolongadas, requer o empenhamento de grandes recursos e o desenvolvimento de capacidades (MacKichan, 2011).

Em síntese, podemos afirmar que o autocuidado é um processo inerente a cada ser humano e que vai ao longo da vida sendo adaptado por cada indivíduo para que possa fazer frente às suas necessidades, de forma a alcançar a qualidade de vida pretendida. Como toda a vida humana, também o autocuidado é influenciado por vários factores, uns controláveis outros não, que surgem de forma prevista ou não ao longo da vida. Consideramos que a adaptação do ser humano ao seu autocuidado é um processo de transição, uma vez que pressupõe mudança ao longo de um espaço de tempo mais ou menos longo, que traz alterações nos padrões de vida e que envolve a aquisição de competências e conhecimentos. A atividade do autocuidado é *“um continuum desenvolvido pelos esforços individuais, por um lado, e associado aos esforços de profissionais de saúde, por outro”* (MacKichan, 2011:1).

Um deficit no autocuidado constitui uma transição em si mesmo. Pode corresponder a um longo e difícil processo de adaptação por parte do indivíduo e também das pessoas significativas. O reconhecimento e identificação concreta desse deficit conduzem ao desenvolvimento de estratégias conducentes à promoção da autonomia no autocuidado. *“(…)Transition as an important part of the healing or recovery process, (...) of reconstructing and incorporating change as essential to transition, whether it be in the context of their relationships, their roles, or new strategies for coping (...) the concept of transition is one way in which to conceptualise human responses to change. However, we*

have found transition to involve a complex interplay of adaptive activities to manage situational alterations, as well as a deeper psychological and spiritual incorporation of changes that aid reorientation of the sense of self" (Kralik, 2006: 325).

Terapêutica de Enfermagem é constituída por *"todas as actividades e ações deliberadas de Enfermagem destinadas ao cuidado dos seus clientes"* (Meleis, 2007: 443), está relacionada com a constituição e os objetivos das intervenções de Enfermagem. São ações intencionais da Enfermagem que se destinam a prevenir a doença e a manter ou promover a saúde.

Os princípios e intervenções de Enfermagem dependem da teoria orientadora e dos objetivos que possuem; assim como, se pode tornar ela mesma (terapêutica de Enfermagem) o núcleo de uma teoria de médio alcance ou de uma situação específica. No entanto, a enfermagem deve compreender o processo de transição e os meios para ajudar o indivíduo a ultrapassar uma situação de cronicidade. Só assim o enfermeiro *"está capaz de dar um contributo substancial para capacitar o indivíduo a reconhecer as suas necessidades e fazer escolhas informadas para um autocuidado eficaz e, por conseguinte, desenvolver as suas capacidades para incorporar as mudanças que acompanham a maioria das situações crónicas"* (Kralik, 2009:113)

A Teoria das Transições, sendo integrativa de outras Teorias de Enfermagem, torna-se num grande contributo ao nosso estudo uma vez que, no nosso entender, fortalece e complementa a teoria do Deficit de Autocuidado.

1.3. A reabilitação e o autocuidado

A prática de Enfermagem inclui a determinação das razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas pela Enfermagem. Um aspeto importante desta determinação é o diagnóstico das capacidades do indivíduo para se envolver no autocuidado (ou no cuidar dependente) agora ou no futuro e relacionar estas capacidades com as necessidades de autocuidado terapêutico da cada pessoa (Orem, 2001). Promove a qualidade de vida, proporciona conforto e tratamento, educam o indivíduo, a família e a comunidade, promove a saúde, apoia as capacidades de adaptação e promove a independência.

Os enfermeiros da reabilitação participam, desta forma, na restauração do funcionamento ótimo do indivíduo, assim como no ajustamento ou adaptação dos seus clientes a um novo estilo de vida, a um estilo de vida que foi alterado pelas mais diversas razões.

Segundo o Regulamento nº 125/2011 *“O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa”*, tendo em vista a manutenção das capacidades funcionais, a prevenção de complicações e incapacidade, recuperar funções residuais, promover a independência e minimizar o impacto das limitações já instaladas (Portugal, 2011: 8658).

As equipas de reabilitação incluem enfermeiros especialistas que assumem as responsabilidades e funções a cima referidas e enfermeiros não especialistas que assumem as funções de enfermeiros de cuidados gerais, definidas pelas competências dos enfermeiros dos cuidados gerais que lhes permitem avaliar as necessidades em cuidados de saúde das populações e atuar em conformidade em todas as fases de vida do indivíduo em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Tal como qualquer conceito, o conceito “reabilitação” pode ser aplicado a vários contextos da vida humana, como por exemplo, em contexto profissional, social, arquitetónico, urbanístico, do direito, desportivo, religioso, educativo e da saúde, e ser definido por diversos atributos. Dentro do contexto deste trabalho, a reabilitação assume a sua vertente direcionada para a saúde. Para Martins (2002: 88) a reabilitação é um *“processo único, contínuo, progressivo, global e precoce, não apenas médico ou social, ou profissional, mas sempre complexo, interdisciplinar e realizado na perspetiva do indivíduo...não pode terminar no hospital ou no momento da alta do indivíduo.”*

Fridlund (2002: 15) define reabilitação como sendo a soma das atividades necessárias para fornecer ótimas condições físicas, mentais e sociais para que o indivíduo possa voltar às suas funções habituais na sociedade. Implica não só a recuperação das funções perdidas mas também que se torne independente no seu autocuidado, no seu meio sócio-familiar ou que aceite as suas incapacidades ou desvantagens.

Pela Lei de Bases 9/ 89 de 2 de Maio (Lei de Bases da prevenção e da reabilitação e integração das pessoas com deficiência), no seu Artigo 3º, define-se reabilitação como sendo *“um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal. O processo de reabilitação envolve o aconselhamento e a orientação individual e familiar, pressupondo a cooperação dos profissionais aos vários níveis setoriais e o empenhamento da comunidade.”* A mesma Lei de Bases, no

seu Capítulo II artigo 4º ponto 4 afirma que é necessária uma articulação de todos os intervenientes no processo de reabilitação e que, através do seu artigo 8º, *“a reabilitação médico-funcional é uma forma de intervenção programada de natureza médica e médico-educativa, que compreende o diagnóstico e um conjunto de tratamentos e de técnicas especializadas que tendem a reduzir as sequelas do acidente, da doença ou da deficiência, restabelecendo as funções físicas e mentais, valorizando as capacidades remanescentes e restituindo, tão completamente quanto possível, a aptidão de um indivíduo para o exercício da sua atividade.”*

Os avanços tecnológicos trouxeram com eles a cronicidade, por um lado porque permitiram o aumento dos anos de vida, o aumento da sobrevivência a determinadas situações patológicas ou traumáticas e por outro, o aumento do número e da gravidade dos acidentes. Assim, o desafio das ciências da saúde passou a não ser somente a cura de doenças mas também o de *“agir para que o fenómeno da “cronicidade” não se transforme numa verdadeira desvantagem (handicap) para todos aqueles a quem diz respeito, quer os que sofrem da afeção, quer os que têm com eles uma relação muito próxima”* (Hesbeen, 2001: 33).

Passou-se a pensar em *“qualidade de vida”* e não só em *“quantidade de vida”*. *“Agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida (...) eis uma das missões da reabilitação”* (Hesbeen, 2001: 33). Os profissionais da reabilitação estão munidos do espírito que os leva a ajudar a pessoa a alcançar a melhor qualidade de vida possível, mesmo quando possui poucas capacidades.

“A reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis” (Hesbeen, 2001: 11). Este interesse é particular, é tido por uma determinada pessoa singular, há lugar a um cuidar personalizado que se caracteriza pela *“atenção, o interesse dispensado a alguém ou a determinada situação”* (Hesbeen, 2001: 12).

Segundo Hammond (2008: 335) a reabilitação é *“um processo de gerir as consequências da doença”* e que pretende *“maximizar o estado físico, funcional, psicológico e o papel social”* da pessoa para que esta seja auxiliada a recuperar o seu autocontrolo, a diminuir os deficits e os sintomas associados à doença e a aumentar as capacidades ocupacionais.

A reabilitação é uma forma preventiva de cuidados de saúde que procura a manutenção e promoção da saúde pela reeducação de estados disfuncionais (Orem, 1984). É

constituída por subprocessos, em que o indivíduo se reabilita a ele mesmo sob o cuidado dos profissionais de saúde. *“A reabilitação pela perspectiva da Enfermagem é vista como um processo de desenvolvimento humano para os clientes e a sua família. Os enfermeiros aceitam os clientes da reabilitação como pessoas com o foco de vida não na sua disfunção mas sim na sua maturidade pessoal e na sua vivência efetiva em coexistência com os outros em cenários ambientais específicos”* (Orem, 1984: 35).

Para Orem o *“autocuidado é um componente da reabilitação e a sua compreensão é essencial para as pessoas envolvidas na sua própria reabilitação, assim como para as suas enfermeiras (...) O autocuidado e o cuidar dependente como sistemas de ações intencionais e continuas, requer a criação de hábitos que assegurem uma produção efetiva destas ações”* (Orem, 1984: 33).

As pessoas em reabilitação requerem a Enfermagem quando as suas capacidades para o autocuidado interferem com a sua vida do dia-a-dia não lhe fornecendo o necessário. Estes mesmos clientes caracterizam-se pela sua necessidade em superar ou em aceitar as suas disfunções, participando ativamente no autocuidado e aprendendo a gerir a satisfação das suas necessidades ou a aceitar que estas sejam fornecidas através de terceiros quando não têm possibilidade de realizar as operações de autocuidado por si mesmos. *“Isto aplica-se a todos os tipos de operação de autocuidado: de estimativa, de transição e de produção, e inclui o desenvolvimento de hábitos e atitudes positivas”* (Orem, 1984: 36).

Diz Orem que a Enfermagem para ser eficaz deve perceber que o seu próprio papel e sistemas na ajuda da gestão do autocuidado e de aquisição de competências para o mesmo, podem variar durante e de um para um outro processo de reabilitação. *“A reabilitação do potencial dos clientes para gerir o seu próprio autocuidado não está relacionado com a sua disfunção em particular, mas de autocuidado relativamente às suas capacidades coletivas para se ocupar do autocuidado e das atividades de autocuidado”* (Orem, 1984: 36).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a reabilitação é *“a set of measures that assist individuals who experience, or are likely to experience, disability to achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environments”* (OMS, 2011:96). Este conceito difere do conceito de “habilitação”, esta é a capacitação do indivíduo que apresenta incapacidades congénitas ou adquiridas numa fase precoce da vida e que se pretende que desenvolva capacidades funcionais máximas, enquanto a reabilitação pretende a recuperação máxima de funções perdidas (OMS, 2011).

Pretende-se com a reabilitação a diminuição do impacto de um largo espectro de condições de saúde na qualidade de vida do indivíduo. Requer o diagnóstico das necessidades, inserção no contexto individual, estabelecimento de objectivos, o planeamento das intervenções a implementar e a avaliação dos resultados dessas mesmas intervenções.

A agência no autocuidado concetualiza-se fundamentada no conjunto das capacidades humanas básicas. O envolvimento na melhoria das operações do autocuidado exige a presença de fortes componentes já desenvolvidas ou a desenvolver. A reabilitação tem o pressuposto que existe um indivíduo ou família que tem necessidade de ajuda na satisfação das necessidades de autocuidado ou de cuidar dependente e que necessita de reaprender ou criar e descobrir adaptações e soluções, com a ajuda da Enfermagem, que lhe permitam ultrapassar os obstáculos que tem à frente. Diz a Ordem dos Enfermeiros que *“Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente, desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” e ainda que na mesma procura da excelência, “o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida às quais o cliente é dependente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002: 13/14).

O indivíduo é considerado um agente ativo no autocuidado pelo que o objetivo final dos cuidados de Enfermagem é que ele se consiga cuidar a si mesmo ou substitui-lo quando é impossível que se auto cuide. *“Educating people with disabilities is essential for developing knowledge and skills for self-help, care, management, and decision-making. People with disabilities and their families experience better health and functioning when they are partners in rehabilitation”* (OMS, 2011: 96). Este pensamento vem de encontro, no nosso entender, da Teoria do Deficit de Autocuidado e da Teoria dos Sistemas de Enfermagem indivíduos com deficit no autocuidado ou no cuidar dependente são ajudados pela Enfermagem, através dos sistemas de apoio mais indicado face à sua situação particular.

Em Portugal, foi criada a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação. Esta visa *“regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso dos doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional”* (Portugal, 2003: 5).

“O crescimento e desenvolvimento tecnológico verificados nas últimas décadas, a par das alterações do ritmo e modo de vida, têm levado ao aparecimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de acidentes

cardiovasculares em idades cada vez mais jovens e produtivas” assim, a reabilitação está orientado para a recuperação física e psicológica do indivíduo e o seu fim último é a sua reintegração social (Portugal, 2003:6).

Os serviços de assistência devem estar de acordo com as necessidades das populações e, segundo a realidade do nosso país, preconiza-se a existência de 2000 camas para a reabilitação. A rede de referência hospitalar de Medicina Física e Reabilitação apresenta quatro níveis de actuação: os Centros de Saúde e Hospitais de Nível I; os Hospitais Distritais Gerais e Centrais da Plataforma B; os Hospitais Distritais Gerais e Centrais de Plataforma A e os centros de Reabilitação (Portugal, 2003).

Os Centros de Saúde e hospitais de nível I devem encaminhar o indivíduo para cuidados mais diferenciados caso o justifique. Aos hospitais Gerais e Centrais de plataforma B cabe em funções assistir indivíduos internados, em regime ambulatorio ou em regime de hospital de dia. Devem também dar apoio de consultadoria ao nível anterior e prescrever e controlar ajudas técnicas. A determinação de recursos humanos deve ter em conta que 25% dos indivíduos internados careçam de cuidados na área de reabilitação, 5% destes as necessidades fundamentais centram-se nesta área. Os hospitais centrais especializados e distritais de plataforma A, acumulam as funções anteriores e ainda cuidados diferenciados na área da Medicina Física e Reabilitação. Devem possuir internamento próprio, “que se destina, preferencialmente, a lesões encefálicas e outras patologias que, pela co-morbilidade ou limitação da autonomia, exigem cuidados diferenciados desta especialidade”, ao contrário do nível anterior que partilha camas com outras valências (Portugal, 2003: 12).

O cálculo das camas necessárias deve também ter em consideração o tempo de internamento. Quanto maior é a complexidade, maior é o tempo de internamento e, por consequência, a necessidade de camas. Quanto à equipa de enfermagem ela deve conter 32 enfermeiros, dos quais 50% são especialistas na área da reabilitação. (isto para o último nível), por cada 80 indivíduos internados mais 40 em regime de hospital de dia (Portugal, 2003). Devem ser criadas estruturas de reintegração social que existam junto aos centros de reabilitação.

A reabilitação é de vital importância para a recuperação da autonomia no autocuidado. Assim, quer o poder político, quer os profissionais de saúde, devem estar despertos para a necessidade da criação de condições que favoreçam o envolvimento e a evolução do indivíduo em direcção a uma diminuição do deficit no autocuidado. Estas condições passam pela criação de estruturas de apoio, pelo acesso facilitado a ajudas técnicas necessárias e pelo cuidado por profissionais diferenciados nos rácios adequados. Os

profissionais devem ter noção que a comunicação é de vital importância para o alcançar de objetivos.

Neste capítulo definimos o conceito de reabilitação e demos o panorama, embora de forma muito geral, da realidade da organização do sistema em Portugal. Pretendemos salientar a importância de um trabalho contínuo e de equipa para a diminuição no deficit de autocuidado. Fizemos uma viagem pelo autocuidado e verificamos que ele nos orienta para uma meta individual, vivenciada de maneira única por cada um e que visa, em termos globais, a qualidade de vida que cada um define para si mesmo. Consideramos o deficit no autocuidado um exemplo muito concreto de uma transição em que a enfermagem pode ser um forte influente no sentido de ganhos em saúde do indivíduo. O indivíduo em reabilitação, que pode estar a vivenciar várias transições em simultâneo beneficiará de uma enfermagem capaz de se mover dentro da equipa de reabilitação de tal forma que facilite todo o processo de transição para uma autonomia no autocuidado; estamos agora nas condições de podermos aprofundar o nosso problema de pesquisa a partir dos participantes do estudo.

1.4. Metodologia do trabalho de enfermagem

Esta visão de cuidados leva-nos ao método de trabalho de Enfermagem e este por sua vez pode ser abordado sob o ponto de vista da teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem (2001). Sob o nosso ponto de vista o método de trabalho de enfermagem a implementar para satisfazer as necessidades de um indivíduo, nomeadamente no que ao autocuidado diz respeito, deve estar diretamente relacionado com a capacidade que o mesmo indivíduo possui como agente de autocuidado. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem atribui à Enfermagem o papel de agente do autocuidado. Para a realização deste papel, que se destina a promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos seus clientes, a enfermagem organiza as suas actividades de forma sequencial para atingir os objectivos traçados. Todas as actividades desenvolvidas pela enfermagem quando em interação com os indivíduos, constitui um sistema de ação (Orem, 2001).

Orem (2001) afirma que os sistemas de enfermagem são sistemas de ajuda em que, através de um diagnóstico cuidado, a enfermagem determina o deficit no autocuidado e as razões pelas quais esse deficit não é satisfeito. Assim, a enfermagem adota um sistema totalmente compensatório caso o seu diagnóstico seja o de que o indivíduo é incapaz de desenvolver as ações de autocuidado. Opta pelo sistema parcialmente

compensatório caso se depare com a realidade de complementar as ações que o indivíduo executa e pelo sistema de educação ou suporte quando o seu diagnóstico é o de o indivíduo é capaz de executar as mesmas actividades se para isso receber a orientação de enfermagem. Os sistemas de enfermagem a implementar não são mutuamente exclusivos nem estáticos podendo, consoante o indivíduo e/ou a sua evolução clínica, ser implementado mais que um tipo de sistema ou este evoluir de um para outro. Cabe à enfermagem elaborar planos de intervenção que se adequem às situações práticas concretas. Este planeamento de intervenções é a base que permite atingir os objectivos desejados (Orem, 2001).

O processo de enfermagem, como uma das suas dimensões funcionais, constitui uma ferramenta valiosa na organização do trabalho cognitivo e na prestação de cuidados. É um método sistemático e racional que apoia a tomada de decisão no planeamento e prestação de cuidados de enfermagem. *“The nursing process is a deliberate, problem solving approach and decision-making process that serves as a framework for the delivery of nursing care”*. A enfermagem deve ser um meio de diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas potenciais ou reais que apresenta. (Hengameh, 2011: 562).

O processo de enfermagem alia a arte da profissão com o método científico da disciplina, para assistir os indivíduos clientes da enfermagem na resolução, minimização ou prevenção de problemas de saúde. Tem como vantagens o fornecimento de uma matriz que permite a abordagem do indivíduo dentro do seu contexto e focaliza a atenção nas respostas individuais. Como é sistemático, minimiza o risco de erros e omissões, assim como evita a perda de tempo com a repetição de cuidados e mesmo de documentação. Outra vantagem referida por Silva (1995), é a de permitir o uso de uma linguagem comum que facilita a comunicação, promovendo a continuidade de cuidados e fornecendo um meio de avaliação (Silva, 1995).

O processo de enfermagem é sistemático, focado na resolução de problemas, dinâmico, cíclico, cognitivo, centrado no indivíduo cliente da enfermagem, orientado para a ação, aplicável universalmente, promove e baseia-se no pensamento crítico e tomada de decisão e é de natureza interpessoal e colaborativa (Hengameh, 2011). É constituído por cinco passos: a avaliação inicial, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação das intervenções e a avaliação (Silva, 1995). A avaliação inicial resulta de uma primeira abordagem junto do indivíduo, através de técnicas comunicacionais que sejam mais adequadas no momento. A identificação do problema ou diagnóstico de enfermagem constitui o segundo passo do processo. Define-se como um *“julgamento*

clínico sobre as respostas do indivíduo (...) aos problemas de saúde /processos vitais reais ou potenciais (...) proporciona uma base para a seleção de intervenções de enfermagem, visando alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Carpenito, 2004: 22). É um processo de colheita e análise de dados, feita de forma cuidada, que conduz a um julgamento por parte da enfermagem que irá prescrever intervenções que conduzem à satisfação de necessidades identificadas (Orem, 2001).

O planeamento consiste na formulação de objetivos que foram determinados pela colheita de dados e pelos diagnósticos elaborados. Nesta fase são determinadas as prioridades e, estabelecidos os objectivos e definidas as intervenções, procede-se à documentação e à comunicação com a equipa (Hengameh, 2011).

A implementação das intervenções de enfermagem são o quarto passo e visam responder às necessidades do indivíduo. É requerido por parte dos enfermeiros competências científico-técnicas para o sucesso das intervenções a implementar. Todo o processo termina com a avaliação dos resultados obtidos. Deve ser feita em conjunto com o indivíduo e determina o curso da ação seguinte (Hengameh, 2011).

Estamos convictos que, para que a enfermagem possa mais eficazmente promover a autonomia no autocuidado, deve fundar a sua ação no seu corpo de conhecimento e deve, com o indivíduo, determinar qual o melhor percurso para chegar à meta.

A prestação de cuidados de enfermagem tem sofrido influências que acompanham a história da humanidade. Assim, tem-se passado da influência religiosa e cultural para uma influência cada vez maior da ciência. Para melhor compreender a assistência de enfermagem, é importante esclarecer como se desenvolvem as atividades de enfermagem, sendo que para isso nos iremos referir ao conceito “metodologia de trabalho”. Este consiste no modelo de prestação de cuidados, na forma como a enfermagem organiza a prestação desses cuidados, numa dada instituição ou serviço.

“A prestação de cuidados insere-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos” (Costa, 2004:234), e cabe à enfermagem a sua organização e gestão. Existem cinco modelos de prestação de cuidados: os cuidados individualizados, o método funcional, o método de equipa e modular, o método “enfermeiro primário ou de referência” e o método de gestão de casos. A adoção de um modelo é gerida por avaliação de critérios como as aptidões profissionais dos funcionários, os recursos disponíveis, a condição clínica dos indivíduos e a natureza do trabalho desenvolvido (Marquis e Huston, 2010).

Segundo Bellato et al (1997), a base da organização do trabalho de Enfermagem está nas Teorias de Administração surgidas após a revolução industrial em especial da teoria taylorista. Destas teorias a enfermagem herdou a divisão de tarefas, a rotinização do trabalho centrada no “como fazer” e a distribuição hierárquica, assim surgindo o método funcional do trabalho de enfermagem. Marquis e Huston afirmam que a origem do método funcional está na Segunda Grande Guerra devido à grande afluência de indivíduos aos hospitais e à escassa disponibilidade de pessoal especializado. Este apresenta uma aparente contradição entre uma “visão holística” do indivíduo e a distribuição de tarefas por diferenciação de competências e conhecimentos, já que consiste na atribuição de atividades simples, específicas e repetitivas (tarefas) por parte de um profissional de enfermagem a vários indivíduos. “As “missões” são divididas entre os membros da equipa de acordo com a descrição da tarefa e quantidade de trabalho a realizar durante o turno” (Costa, 2004:235).

Este tipo de metodologia é muitas vezes rejeitado pois, embora seja económico e se possa adaptar a vários contextos da saúde, é muitas vezes sinal de fragmentação da equipa. Nesta metodologia, o indivíduo não é o ponto de origem da definição de tarefas mas sim o inverso. Desta forma, o indivíduo na sua plenitude não é encontrado uma vez que não há uma perceção da humanização mas antes do cumprimento da tarefa. O enfermeiro chefe é o organizador de todo o processo (Costa, 2004).

Assim, a enfermagem parte em *“busca de uma forma de organização do trabalho, não pela divisão deste em tarefas, que traz consigo a divisão do ser humano em partes, mas pelo cuidado de enfermagem prestado de forma integral, e onde a qualidade desse cuidado seja mais importante do que a padronização dos procedimentos”* (Bellato et al, 1997:78).

A metodologia denominada “cuidados individualizados” refere-se à responsabilização do cuidado global e completo de um grupo de indivíduos por uma enfermeira. Para Marquis e Husten (2010), este modelo tem as suas origens na enfermagem privada do século XIX. Tem como vantagens a alta qualidade e consistência dos cuidados e o facto de ser sempre o mesmo enfermeiro; isto sob o ponto de vista do indivíduo. Sob o prisma da enfermagem pode ser vantajoso pela autonomia e responsabilização sentida, assim como pela maior facilidade de identificação do seu alvo de cuidados (Duffield et al, 2009). Ao enfermeiro é atribuída a responsabilização, a coordenação e avaliação dos cuidados. Embora este método proporcione potencialmente cuidados mais centrados no indivíduo, tem a face de depender das prioridades do enfermeiro: a tarefa ou o indivíduo (Costa, 2004). Neste modelo o enfermeiro chefe assume o papel de supervisor. A sua grande

desvantagem surge quando o enfermeiro é pouco experiente ou possui poucas competências (Marquis e Huston, 2010).

Outra metodologia de cuidados de enfermagem é a denominada prestação de cuidados em equipa. Este modelo terá surgido na década de 50 do século passado, como tentativa de diminuir os problemas que surgiram associados à organização funcional do atendimento, nomeadamente a fragmentação do mesmo (Marquis e Huston, 2010). Neste caso a informação considerada mais pertinente é reunida e a assistência ao indivíduo é gerida e supervisionada pelo enfermeiro líder. *“Trabalhar em colaboração é o respeito mútuo pelas dificuldades e um sentido de responsabilidade compartilhado para completar o trabalho que os juntou”* o que conduz à cooperação e a uma atribuição de maior responsabilidade e capacidade de interação com os indivíduos que cuida. (Costa, 2004: 237), potencia a qualidade de cuidados prestados.

A comunicação é a base do funcionamento deste método de trabalho de enfermagem e pode desenvolver-se a um nível informal ou formal. Os cuidados são planeados tendo como centro o indivíduo e efetivam-se após reuniões diárias da equipa. Como desvantagem tem a sua dificuldade de implementação uma vez que exige do enfermeiro grandes competência técnicas e comunicacionais (Marquis e Huston, 2010).

O princípio de que os cuidados são de melhor qualidade quando prestados por uma equipa do que por um só profissional orienta esta metodologia. O líder da equipa, um enfermeiro normalmente com mais antiguidade e com maiores competências, assume a responsabilidade de planear os cuidados, gere as discordâncias de ordem técnica e situações de emergência. Assim sendo, este enfermeiro deve ter desenvolvidas as capacidades de liderança e controlo e conhecimentos e competências na área da supervisão (Costa, 2004).

No que diz respeito à metodologia “enfermeiro de referência”, esta caracteriza-se por cuidados prestados ao indivíduo através de uma enfermeira que se responsabiliza, durante as 24 horas, por esses mesmos cuidados. Este método surgiu na década de 70. A enfermeira de referência tem *“autoridade para avaliar, planear, organizar, implementar, coordenar e avaliar os cuidados”* (Duffield et al, 2009:2243) aos indivíduos e de delegar nas outras enfermeiras. Esta metodologia pretende a humanização dos cuidados, sendo que *“o foco de enfermagem é o cliente, pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão ativamente, quanto possível”* (Costa, 2004). Há uma descentralização da tomada de decisão e permite demonstrar ganhos em saúde resultantes dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro de referência efetua a colheita de dados, elabora diagnósticos de enfermagem e planeia e avalia intervenções. Tem enfermeiras associadas que lhe permitem a continuidade de cuidados nas 24 horas. Assim cabe ao enfermeiro de referência, *“Desde o momento de admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; transmitir aos seus enfermeiros associados toda a informação pertinente, pela leitura nas «notas de enfermagem» respeitantes a cada cliente, no final do turno, e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas. Para além de coordenar o trabalho dos seus associados, deve coordenar também as diversas actividades de outros intervenientes da equipa de saúde, não só para evitar duplicações e excessiva solicitação do cliente, mas também para assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde”* (Costa, 2004: 240). Desta forma todo o processo de enfermagem é gerido pelo enfermeiro de referência ou enfermeiro primário.

2. NA PROCURA DA ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS: DESENHO DE ESTUDO

Desde os primórdios dos tempos que o ser humano tenta explicar o que é, à primeira vista, inexplicável ou incompreensível. Desde a mitologia à religião, passando pela filosofia e pelo senso comum até ao conhecimento científico, o Homem busca as respostas às constantes questões que se lhe impõem no dia-a-dia. A busca do conhecimento é, por isso, uma aventura constante, com avanços e recuos mas sempre com a incerteza como pano de fundo. No entanto, a investigação dá um forte contributo na apreensão mais concreta da realidade. Corbin (2008: 18) afirma que *“(...)esperançosamente as pesquisas conduzem-nos para um entendimento maior de como o mundo funciona”*.

Investigar é, então, um meio para responder a perguntas, um meio para alcançar o conhecimento, um meio para perceber fenómenos e para os controlar. *“A investigação, como meio de aquisição de conhecimentos, é utilizada na maior parte das disciplinas, mas é conduzida diferentemente de uma disciplina para outra e a sua orientação varia segundo a filosofia que a sustenta e o seu campo de aplicação. Qualquer que seja a disciplina a que diz respeito, a investigação científica é sempre um processo rigoroso de aquisição de conhecimento”* (Fortin, 2009:16).

Este trabalho implica um forte investimento na investigação para que possa haver uma fundamentação da sua prática na evidência científica. Uma prática baseada em evidência científica, ou seja *“o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre os cuidados de saúde (...)”* (Sackett et al (1997) citado por Craig et al, 2004:8) permite uma alta qualidade em cuidados de Enfermagem, logo promove a qualidade de vida das pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem. *“Para tomar decisões sobre intervenções (...) os enfermeiros precisam de recorrer à evidência de fontes múltiplas”* (Craig et al, 2004:15).

O conhecimento científico permite ter uma visão mais próxima e verdadeira da realidade. No entanto, tem de estar sempre presente que a verdade não tem valor absoluto e que vivemos num mundo em permanente mudança. A enfermagem faz parte desse mundo. Deve por isso ser uma disciplina dinâmica para que possa *“responder às mudanças e necessidades emergentes das sociedades e para os novos desafios impostos pelos movimentos e transformações da população a um nível global”* (Meleis, 2007: 30). Este carácter dinâmico da disciplina permite-lhe adaptar-se às mudanças e dar respostas adequadas às novas necessidades e desafios. No entanto, a disciplina deve manter o

seu âmago inalterado pois são os seus valores, assunções e perspetivas que lhe permitem a continuidade e progresso.

No nosso entender, a qualidade dos cuidados de enfermagem está imprescindivelmente ligada ao conhecimento científico que serve de base à prática da Enfermagem. É através da evidência científica que se fornecem os cuidados mais adequados para que se alcancem os objetivos pretendidos. Esta evidência é fornecida pela investigação que o enfermeiro procura e produz e, ao mesmo tempo, para a qual fornece dados. *“Os cuidados de Enfermagem envolvem uma variedade de intervenções e precisam de se apoiar numa ampla gama de evidência baseada na investigação”* (Craig et al, 2004: 10). Existe um desafio para a prática de enfermagem que consiste em *“delinear uma base bem focalizada de evidência relativa a tratamentos clínicos específicos para melhorar a qualidade de procedimentos clínicos e ao mesmo tempo, delinear também uma base mais diversa de evidência, para o conceito mais alargado de cuidados que prestam”* (Craig et al, 2004: 10).

Um processo de pesquisa é muitas vezes longo e penoso, processo através do qual, frequentemente o indivíduo enfraquece na sua determinação. Implica muitas vezes a aceitação e materializações de mudanças difíceis de aceitar e de materializar. É cada vez mais essencial que se pense com o indivíduo, que se faça com ele e não que se pense e faça para ele ou por ele. A independência no autocuidado não tem só uma vertente física. É antes de mais um conjunto de capacidades que, consoante a situação do indivíduo, sobressaem uma em detrimento das outras e que no seu conjunto lhe vão permitir fazer o seu processo transição.

A promoção da autonomia no autocuidado deve ser um investimento da Enfermagem. Esta tem o conhecimento integral do indivíduo e tem mais fácil acesso às suas vivências. Sem estas não se pode ter sucesso no processo de transição para alcançar a autonomia no autocuidado. Contudo, a promoção desta autonomia só é possível se toda a equipa de saúde estiver envolvida num projeto que possui os mesmos conceitos, um conhecimento comum e os mesmos objetivos.

Os contributos que a Enfermagem pode dar para a promoção da autonomia no autocuidado são de um valor incalculável. Este facto prende-se com fatores de ordem vária como por exemplo a grande proximidade (quer física, quer emocional) entre os enfermeiros e os indivíduos e pessoa (s) significativa (s). Esta proximidade leva a que haja um melhor conhecimento mútuo facilitando o processo de comunicação. O próprio objeto da Enfermagem torna-a fundamental para a promoção da autonomia no autocuidado.

No nosso entender, cabe à Enfermagem definir e clarificar o seu campo de ação e servir como elo de ligação entre os vários elementos que compõem a equipa. Cada vez mais se torna essencial que haja uma ação de complementaridade entre os vários grupos profissionais e à Enfermagem, pela sua natureza e posição privilegiada no seio da equipa, cabe o papel de fonte de coesão.

O índice de dependência total é, em Portugal, de 51,6%, sendo este índice igual a 22,6% para a população jovem e de 29,0% para a população idosa. A taxa de deficiência em Portugal é de 6,1%. (Portugal, 2003). O internamento de Medicina Física e Reabilitação permite uma uniformização de procedimento e cuidados especializados durante 24 horas. As camas e recursos humanos devem ser calculados tendo por base os pressupostos: existem cerca de 20 000 AVC por anos, dos quais, 17 000 sobrevivem. Estes últimos carecem de cuidados ao nível da Plataforma A. Dos 8 000 novos casos de TCE anuais, 10% carece de cuidados deste mesmo nível e, as lesões musculoesqueléticas, com uma incidência anual de 7 500, também 10% possuem esta necessidade (Portugal, 2003).

As lesões medulares agudas no seu conjunto (traumatismos vertebro-medulares e lesões medulares não traumáticas) possuem uma incidência anual de 31,3/milhão de habitantes (25+6,3), sendo que este valor diz respeito ao número de sobreviventes. *“Pela necessidade de tempos de intervenção mais prolongada, nomeadamente em regime de internamento, e pela complexidade de muitas das situações obrigando à intervenção de uma equipa de reabilitação multidisciplinar, justifica-se para os casos mais graves, mas com potencial de recuperação e reabilitação, a existência de Centros de Reabilitação”* (Portugal, 2003:13). Com necessidade de cuidados e este nível, calcula-se a existência de 400 novos doentes por ano com patologia medular, cerca de 1 000 com sequelas de TCE e cerca de outros 1 000 com sequelas resultantes de AVC. Dados de 1999 referem que existem em Portugal 34 348 indivíduos com limitações graves decorrentes de AVC (Portugal, 2003).

Segundo a OMS, cerca de 15%, mais de um bilião de indivíduos, (dados referentes a Junho de 2011) da população mundial possui alguma forma de incapacidade. Diz ainda que entre 110 a 190 milhões de indivíduos, a nível mundial, possuem graves dificuldades de funcionamento e que os índices de incapacidade estão a aumentar devido ao aumento da idade das populações assim como ao aumento de doenças crónicas entre outras causas (OMS, 2011).

Num estudo de Wang et al (2010) afirma-se que aproximadamente 13% a 14% da população jovem apresenta necessidades especiais de cuidados e que uma grande percentagem destes jovens entra na idade adulta graças à melhoria das condições

sanitárias, de saúde e aos avanços da medicina. Segundo Coudeyre e colegas (2010) que citam a Organização Mundial de Saúde, em 2020 a maior causa de incapacidade será a doença crónica, muito devido ao aumento da esperança de vida e aos avanços tecnológicos. Um estudo de Xanakis e Goldberg (2010) afirma que só no Estado de Nova Iorque há 6,2% de jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos, com algum tipo de incapacidade. Schoeller e colegas (2011) afirmam que cerca de 15,6% da população adulta mundial apresenta algum tipo de incapacidade e que esta percentagem varia consoante se está perante um país rico (11,8%) ou um país pobre (18%). Os mesmos autores citam estimativas que apontam para a existência de 600 milhões de indivíduos com deficiência e que 400 milhões destes indivíduos vivem em países menos desenvolvidos.

Em Portugal existem 11 instituições com camas destinadas a doentes de Medicina Física e Reabilitação, num total de 437 camas. O Hospital de S. Marcos (Braga) com 12 camas, o Hospital de S. João com 12 camas, o Centro Hospitalar do Porto com 22 camas, o Hospital da Prelada com 68 camas, Centro de Medicina Física e Reabilitação do Centro, Ruvisco Pais, com 80 camas, Centro Hospitalar Tondela - Viseu com 8 camas, Hospital Curra e Cabral com 22 camas, o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão com 144 camas, das quais 20 são pediátricas, o Centro de reabilitação do Sul com 54 camas, o Hospital de Faro com 3 camas e o Hospital das Caldas da Rainha com 12 camas (contacto direto com as instituições).

Os indivíduos internados em serviços de Medicina Física e Reabilitação, a quem foi identificado deficit no autocuidado, recebem cuidados de saúde de várias profissões da saúde. Um dos seus objectivos é a recuperação da autonomia no autocuidado. Esta autonomia pode, à semelhança de todos os conceitos, assumir significados distintos. Será que a assistência nestes serviços de internamento é percecionada pelos indivíduos como um trabalho em equipa com o objetivo de lhe proporcionar autonomia?

Cotterell (2008) afirma que a independência é uma importante preocupação para indivíduos com limitações. Refere-se quer ao significado de independência física quer ao de poder de decisão. O mesmo autor refere estudos que referem que, após auscultação a utilizadores de serviços de saúde acerca do que pretendiam dos profissionais de saúde, estes afirmaram que era a maximização da sua independência. O mesmo estudo afirma que a falta de independência pode ser associada à impossibilidade de realizar determinada atividade. Um estudo referido por Rukwong et al (2007) afirma que existe uma associação positiva entre os comportamentos de autocuidado e a qualidade de vida dos indivíduos.

Estudos relativos à percepção sobre autonomia em indivíduos com incapacidades, não relacionam diretamente o deficit no autocuidado, a promoção da autonomia no autocuidado, a percepção do indivíduo acerca dos cuidados de enfermagem e a sua percepção sobre o trabalho global da equipa de saúde como contributo para a sua autonomia no autocuidado. Pesquisas nas bases de dados EBSCO e Science Direct usando como motores de busca “autonomy” AND “self-care” AND “deficit” AND “individual’s perception” AND “nursing care” não obtiveram qualquer resultado. Mesmo removendo os termos “nursing care”, “defit” e “self-care” a busca não resultou em estudos que fossem de encontro ao pretendido. Assim, substitui-se o conceito “individual’s” por “patient’s” do que resultou uma lista de três artigos, que após analisados não trouxeram contributos para o que pretendíamos.

Um estudo de Moser et al (2006) afirma que a autonomia em cuidados de longa duração é de difícil compreensão. A percepção dos cuidados de saúde por parte do indivíduo vai depender das suas expetativas, das suas características tais como a idade, o género, a educação e o estágio e tipo de incapacidade.

Segundo Marconi e Lakatos (2006: 84) o *“método científico é a teoria da investigação”* ou seja, é através de um conjunto de regras que se busca a resposta à questão de partida, aquela que originou a busca do saber e do conhecimento de determinado problema. *“Num enquadramento de ciência humana, o melhor que os cientistas podem esperar na criação de novo conhecimento, é fornecimento da compreensão e interpretação de um fenómeno dentro de um contexto”* (Fortin, 1999:9)

O processo de definição do estudo iniciou-se através da nossa reflexão da prática clínica, em que constatávamos que não conhecíamos o processo de assistência do internamento, particularmente quando os indivíduos se ausentavam do serviço para tratamentos específicos. Se bem que essa constatação já tivesse acontecido no anterior serviço onde exercíamos a nossa prática, ela foi mais evidente quando o palco passou a ser o próprio internamento de Medicina Física e Reabilitação.

2.1. Finalidades e objetivos

A finalidade do estudo reflete, de uma forma global, aquilo que se pretende alcançar com o mesmo e aquilo que se pretende fazer para o alcançar. Define os objetivos, a intenção ou a ideia principal de um estudo (Creswell, 2009:112). Numa investigação qualitativa a finalidade contém informação acerca do fenómeno central que está a ser explorado, dos

participantes no estudo, e acerca do local onde se procede à investigação. A finalidade deste estudo é a de contribuir para a continuidade na assistência ao indivíduo internado em serviços de Medicina Física e Reabilitação, com vista à promoção da sua autonomia no autocuidado durante o processo de reabilitação.

Para nos acompanhar neste fio condutor, definimos objetivos que pretendemos que sejam um enunciado claro no qual indicamos o que temos intenção de fazer no decurso do estudo em questão. *“O objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou de predizer tal ou tal fenómeno.”* (Fortin, 1999:40); assim delineamos os seguintes objetivos:

- Compreender o significado que os indivíduos internados em serviços de Medicina Física e Reabilitação e, que são dependentes no autocuidado, atribuem à forma como a sua autonomia é promovida, pelos enfermeiros.
- Perceber qual a percepção que o indivíduo internado tem quanto à sua dependência.
- Compreender o significado que o indivíduo doente atribui à existência de continuidade de cuidados entre os vários profissionais, na promoção da sua autonomia.
- Identificar os elos de ligação entre os profissionais para a satisfação global do indivíduo internado.

Estas serão as razões pelas quais vamos orientar o estudo de forma a torná-lo num contributo social.

2.2. Perguntas de investigação

Uma questão de investigação *“é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.”* (Fortin, 1999:101). Uma questão de investigação específica o que deve ser estudado, surge dos objetivos. *“As questões de investigação são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que incluem a ou as variáveis do estudo”* (Fortin, 1999:40).

Num estudo qualitativo, as questões de investigação estão sujeitas a uma revisão e reformulação contínuas. A pergunta de partida é uma questão ampla que orienta para uma exploração, fenómeno ou conceito centrais no estudo (Creswell, 2009:129). Assim

sendo, a nossa pergunta de partida é **“Como percebe o indivíduo internado num Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, dependente no autocuidado, a articulação das intervenções dos vários profissionais de saúde, para responder às suas necessidades de saúde e autonomia?”**

Tendo em conta que numa investigação qualitativa se pretende a exploração do complexo leque de fatores que rodeiam o fenómeno central e de apresentar as diversas perspetivas ou significados fornecidos pelos participantes, elaboramos as seguintes perguntas de investigação.

- Qual a perceção do indivíduo quanto à sua dependência no autocuidado quando internado em serviços de Medicina Física e Reabilitação?

- Como vivencia o indivíduo a transição para a dependência no autocuidado?

- Qual a perceção do indivíduo quanto à efetividade dos cuidados de enfermagem no sentido da promoção da sua independência no autocuidado?

- Qual a perceção do indivíduo quanto à existência de uma continuidade de cuidados entre os vários grupos profissionais na promoção da sua independência no autocuidado?

- Que perceção tem o indivíduo das práticas dos enfermeiros face à promoção da sua autonomia no autocuidado?

- Como identifica o indivíduo as ações dos enfermeiros que determinam a sua independência?

As perguntas de investigação vão constituir um contributo importante no desenvolvimento do estudo, uma vez que serão linhas de orientação que não nos deixarão sair do caminho planeado. Um desenho de estudo é um plano geral onde consta o conjunto das decisões a tomar para definir um processo metodológico que permita responder às perguntas de investigação colocadas. *“Além disso, ele explicita os modos de colheita e de análise dos dados em função dos objetivos perseguidos”* (Fortin, 2009:290). Este é o primeiro passo para a identificação do fenómeno que pretende estudar e elabora as questões de investigação (já descrita atrás) e seleciona os participantes do estudo.

2.3. O contexto do estudo

Face à natureza do fenómeno em estudo, optou-se por angariar vivências de instituições diferentes, tendo-se realizado a colheita de dados num hospital privado com internamento de Medicina Física e Reabilitação; num hospital público com o mesmo tipo de serviço de internamento e, por último num centro de reabilitação. Os dois hospitais referidos situam-se na zona Norte do país enquanto o centro de reabilitação se situa na zona Centro.

Por questões éticas, as três instituições não serão aqui identificadas pelo que serão designadas por instituição HP, SM e TO. Esta designação foi atribuída de forma aleatória e a sua descrição será limitada unicamente aos serviços onde os dados foram colhidos. Os dados foram colhidos no intervalo de tempo situado entre Março de 2009 e Dezembro do mesmo ano. Este intervalo de tempo ficou a dever-se a obstáculos normalmente associados a uma investigação.

A instituição TO é um centro de reabilitação que, desde Novembro de 2002, recebe indivíduos da área da reabilitação e tem atualmente uma capacidade de 80 camas e cuida indivíduos em regime de ambulatório. Possui dois outros serviços de internamento sendo o serviço de reabilitação geral de adultos e o internamento de lesionados vertebro medulares e é constituído por pavilhões, sendo que a sua estrutura física destinada a esta área é:

- Pavilhão de Reabilitação Geral de Adultos, a funcionar desde Dezembro de 2002, tendo passado de 30 para 50 camas em 2010;
- Pavilhão com 30 camas para Reabilitação de Lesionados Vértebro-Medulares.
- Pavilhão para Ambulatório e área terapêutica específica (ginásios terapêutico e desportivo).
- O Núcleo habitacional para deficientes e acompanhantes, com 16 apartamentos tipo T1.
- O Centro de Formação;

Este centro possui consultas de reabilitação geral, lesões encefálicas e lesões medulares, doenças neuromusculares, distúrbios do tônus, reabilitação uroginecológica e amputados. Possui ainda um serviço de meios complementares de diagnóstico e terapêutica no qual se inclui a Enfermagem de Reabilitação. Esta tem como função promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem para a manutenção das capacidades funcionais dos indivíduos, prevenir complicações e evitar

incapacidades, e também proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença quer por acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Portugal, 2012). O serviço de apoio clínico inclui o serviço social, o serviço farmacêutico, psicologia e meios complementares de diagnóstico.

A instituição HP é um hospital privado que foi originariamente projetado para ser um centro de reabilitação. A instituição possui serviços de internamento de ortopedia (pisos 4 e 5); internamento de cirurgia plástica e reconstrutiva; internamento de cirurgia geral e urologia e unidade de queimados e internamento de medicina física e reabilitação. Este último está situado no piso 1 (duas alas) e no piso 6 (ala poente). Possui 56 camas divididas por 21 enfermarias e 12 quartos particulares. Existem ainda dois pisos munidos de ginásio para tratamentos também em regime de ambulatório. O hospital tem ainda mais 125 camas destinadas aos serviços acima descritos e que podem pedir colaboração com o serviço de medicina física e reabilitação sempre que haja necessidade.

No piso 6, a distribuição por género faz-se por enfermaria enquanto no 1º piso a ala nascente se destina a homens e a ala poente a mulheres.

A instituição SM sofreu nos últimos meses algumas mudanças, quer de cariz jurídico quer de cariz estrutural. À altura da colheita de dados a instituição localizava-se no edifício antigo. O serviço de internamento é composto por 30 camas distribuídas por cinco enfermarias de seis camas cada e, à data da colheita de dados, situa-se no piso 1 da instituição onde está inserido. Aqui realizam-se reuniões de grupo, habitualmente 3: 1ª na primeira semana de internamento; 2ª a meio do internamento e por último perto da alta cujos participantes são o indivíduo internado (exceto se infetado pois está a cumprir isolamento), o familiar prestador de cuidados, o médico, o enfermeiro de reabilitação, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o terapeuta da fala, a assistente social, em suma todos os envolvidos no processo de reabilitação. Nestas reuniões determina-se os objetivos e planos de reabilitação do indivíduo e os prazos previstos para atingir os mesmos objetivos. As reuniões precedentes à primeira destinam-se a fazer o ponto da situação e a eventuais correções.

Na instituição HP, o método de trabalho da enfermagem é o método individualizado. No turno da manhã encontram-se ao serviço entre 6 a 8 enfermeiros distribuídos pelas respetivas alas. Pode haver entre esse número um que esteja de apoio às alas pelo que não tem doentes atribuídos. Os registos de enfermagem são feitos em

suporte de papel em texto corrido e encontram-se arquivados em local separado do processo clínico.

Nas instituições SM e TO o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros é o Enfermeiro de referência. Os registos de Enfermagem são realizados recorrendo ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem através do seu aplicativo informático.

Na instituição TO, a colheita de dados foi efetuada em dois serviços de internamento, num total de 63 camas, no piso 1 de dois edifícios. Um dos serviços é composto por 30 camas distribuídas por 10 enfermarias distribuídas por duas alas, cada uma com 5 enfermarias. A distribuição entre homens e senhoras é feita por enfermaria. O outro serviço é também constituído por 2 alas: ala sul com 4 enfermarias e cada uma delas com 4 camas; ala norte também tem 4 enfermarias, também com 4 camas cada e um quarto individual com 1 cama e WC privativo, num total de 33 camas. Neste serviço a distribuição por sexos é feita por ala.

Quanto às reuniões de equipa e, relativamente aos dois serviços, há uma visita médica às terças-feiras constituída por todos os médicos e enfermeiro responsável. Num dos serviços (RG), há uma reunião às quintas-feiras constituída por médicos, Enfermeiro chefe, psicólogo, fisioterapeuta (responsável), terapia da fala, terapia ocupacional e serviço social. Às quintas-feiras, há reunião dos fisioterapeutas das 14 às 15 horas. No serviço LVM a reunião é às quartas-feiras e tem a mesma configuração descrita anteriormente.

Na instituição HP, a colheita de dados foi efetuada em todo o serviço compreendido pelos dois pisos. Assiste-se à existência de uma figura intitulada de “visita médica” em que estão presentes, para além do indivíduo internado, o enfermeiro e o médico e, por vezes, o terapeuta e psicóloga. Esta acontece duas vezes por semana para cada uma das equipas médicas e tem como condição essencial a presença do médico e do enfermeiro.

2.4. População e amostra

Os participantes do estudo são indivíduos que possuem deficit no autocuidado. A sua inclusão no estudo deve-se ao pressuposto, no âmbito deste estudo, de que esse mesmo deficit tem potencial de ser diminuído ou anulado. A fundamentação teórica na qual se baseia a seleção dos participantes é a Teoria do Deficit de Autocuidado (Orem, 2001). Esta é, no nosso entender, um forte alicerce para basear a prática da enfermagem neste

contexto específico. As necessidades que os indivíduos têm em cuidados de enfermagem estão relacionadas com as limitações de capacidades ou de conhecimento para identificar ou realizar ações de autocuidado (Orem, 2001).

Para a selecção da amostragem foram definidos alguns critérios de inclusão. Estes critérios de inclusão foram determinados tendo como orientação as perguntas de investigação. Assim sendo, são os seguintes os critérios:

- √ - Encontrarem-se internados num serviço de reabilitação há pelo menos duas semanas;
- √ - Serem identificados pela enfermagem com possibilidades de recuperação (parcial ou total) autonomia no autocuidado;
- √ - Terem previsto ainda um longo tempo de internamento (mais de um mês);
- √ - Capacidade de comunicação verbal perceptível, orientados no espaço e no tempo;
- √ - Frequentarem pelo menos um departamento para além do internamento.

Para além destes critérios de inclusão estabeleceu-se que, preferencialmente, a amostragem seria constituída por dois indivíduos de cada idade (jovens, adultos e idosos), homens e mulheres, com distinta formação académica (nível básico, médio e superior) e possuírem origem distinta como causa do deficit no autocuidado.

Em todas as instituições, a seleção dos participantes foi feita recorrendo aos enfermeiros dos respetivos serviços (normalmente enfermeiro chefe e/ou enfermeiro por ele delegado). Tendo como orientação os critérios de seleção e as questões de investigação previamente determinados por nós, entrevistamos 17 indivíduos internados nos serviços identificados anteriormente: 6 na instituição HP, 5 na instituição SM e 6 na instituição TO, sendo que, destes foram excluídos do estudo 4 indivíduos (1 da instituição HP, 1 da instituição SM e dois da instituição TO) por, *à posteriori*, se ter verificado não cumprirem todos os critérios de inclusão. Pelo descrito, a amostra é intencional.

Tentou-se *à priori* obter o mesmo número de entrevistas em cada um dos serviços do campo de estudo mas não foi possível por, no conjunto de indivíduos internados nas instituições à altura da colheita de dados, não existir o número suficiente que se inserisse dentro dos critérios pré estabelecidos. Em síntese, os participantes foram 6 indivíduos do sexo feminino e 7 do sexo masculino, sendo que, dois destes, possuem um nível de

formação médio; sete apresentam um nível formativo básico e quatro, um nível de formação superior.

Quadro 1: Caracterização dos participantes no estudo

Participante	Idade	Sexo	Grau de escolaridade	Tempo de internamento
01HP	30	Feminino	Superior	Mais de um mês
02HP	40	Feminino	Médio	Mais de um mês
03HP	78	Feminino	Básico	Mais de um mês
04HP	42	Masculino	Superior	Mais de um mês
05HP	79	Masculino	Básico	Mais de um mês
01SM	15	Masculino	Médio	Mais de um mês
03SM	41	Masculino	Básico	Mais de um mês
04SM	77	Masculino	Básico	Duas semanas
05SM	70	Feminino	Básico	Mais de um mês
02TO	26	Masculino	Superior	Mais de um mês
03TO	42	Feminino	Básico	Mais de um mês
04TO	50	Feminino	Superior	Mais de um mês
05TO	70	Masculino	Básico	Mais de um mês

A globalidade dos critérios de inclusão no estudo foi cumprida. Contudo, devido a esses mesmos critérios, não foi possível obter um número idêntico de indivíduos dos dois sexos nem em todas as faixas etárias definidas. Para o estudo, entende-se que o nível superior de formação corresponde à frequência dos últimos anos do ensino secundário e ensino superior, o médio corresponde ao intervalo entre o ensino básico e o último primeiro ciclo do ensino secundário, sendo que o básico inclui indivíduos com a preparação básica ou nenhuma.

2.5. Colheita de dados

Partilhamos a opinião de Fortin quando afirma que a colheita de dados “é a colheita sistemática de informações junto de participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos.” Iremos descrever os métodos a usar para colher os dados. “Os dados podem ser colhidos de diversas formas, (...) cabe ao investigador determinar o instrumento de medida que melhor convém ao objectivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999:240).

Em investigação qualitativa existe flexibilidade nos métodos de colheita de dados, pelo que a opção recai na entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada é largamente utilizada em estudos de natureza qualitativa. Sendo um método controverso de colheita de dados, é alvo de elogios por um lado, e de críticas por outro. Enquanto um paradigma defende a maior proximidade ao indivíduo, por outro considera-se que a entrevista favorece um ambiente artificial e não autentico capaz de influenciar resultados de pesquisa (Fina e Perrino, 2011). O uso deste método de colheita de dados prende-se com a vantagem deste fornecer um guião orientador que diminui o risco de se perder informação importante.

Após a seleção dos participantes, foi previamente agendada a sua entrevista. Este agendamento teve em consideração não só a disponibilidade do investigador mas também, e principalmente, a disponibilidade dos participantes e o facto de não interferir com a dinâmica dos serviços. Foi tido em consideração o *timing* dos tratamentos para que estes não fossem prejudicados.

A entrevista decorreu segundo o guião apresentado no anexo 2. Todos os participantes estavam já previamente informados da natureza da entrevista. Foi no entanto reforçada toda a informação respeitante ao seu contributo, sendo que reafirmaram a sua intensão de participar.

2.6. Procedimentos éticos

“Os dilemas éticos na nossa prática estão a aumentar de complexidade à medida que a ciência e a tecnologia possibilitam a capacidade de intervenção em modos que nunca se julgaram possíveis. (...) No que concerne à investigação, as considerações éticas são e sempre serão de consideração crítica” (Streubert et al, 2002:37). As implicações éticas

serão salvaguardadas através do consentimento informado quer da colheita de dados quer da gravação áudio. Será também fornecida a cada participante informação escrita através de uma carta explicativa.

Para a realização deste estudo, foram seguidos todos os caminhos que levassem ao cumprimento integral das questões éticas e salvaguardassem a integridade ética e moral dos indivíduos participantes. Assim, o primeiro passo dado foi apresentar o estudo aos Conselhos de Administração e Comissões de Ética das instituições onde pretendíamos colher os dados para o estudo. Cada uma das instituições era regida por regras internas que foram integralmente cumpridas pelo investigador.

Cada instituição teve tempos de resposta diferentes, sendo que a instituição HP demorou sensivelmente 6 meses, a instituição SM 1 mês e a instituição TO demorou seis meses pois o deferimento consistia em duas fases conforme se demonstra nos anexos 1.

Num processo de investigação é essencial a obtenção do consentimento informado de todos participantes, assim como garantir a confidencialidade e o anonimato. Quando o investigador está em campo, deve manter-se imparcial face a possíveis conflitos que possam surgir durante o desenrolar do processo de investigação. *“Os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos (...) são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo”* (Fortin, 1999).

“Os investigadores têm de proteger os participantes da sua pesquisa; criar confiança com eles; promover a integridade da pesquisa; salvaguardar contra condutas impróprias que possam reflectir-se nas organizações ou instituições: e lidar com novos problemas e desafios. (Creswell, 2009:87). Diz ainda este autor que o investigador não deve guiar-se unicamente por linhas orientadoras pré-estabelecidas. Deve também *“antecipar e comunicar qualquer dilema ético que possa surgir na sua pesquisa”* (Creswell, 2009:88). Por concordarmos inteiramente com o que foi exposto, providenciamos junto das instituições para que nos fosse facultado um espaço em que houvesse a privacidade necessária para criar um ambiente de segurança e confidencialidade. Foi reforçado constantemente, junto dos participantes, o cariz anónimo e confidencial do estudo. Durante o processo de colheita de dados não foram detetados dilemas éticos para além dos previstos no estudo e que foram à priori salvaguardados.

Aos indivíduos foi solicitada a autorização verbal e escrita, recorrendo à ajuda de um profissional, Médico ou Enfermeiro que fosse próximo do indivíduo. Após essa primeira autorização explicámos de forma mais pormenorizada a natureza e objetivos do estudo.

Garantiu-se o anonimato e confidencialidade das informações que se obteriam através da entrevista e assegurou-se a continuidade dos cuidados como até então se apresentavam.

Foi ainda dada oportunidade para esclarecimento de dúvidas e a informação de que, a qualquer momento, poderiam desistir sem qualquer tipo de represália. Foi fornecida uma carta (anexo 5) onde estas informações estavam contidas assim como o contacto do investigador que se disponibilizou para qualquer esclarecimento adicional a qualquer momento em que a dúvida surgisse.

Com a exceção de um dos indivíduos, a quem foi aconselhado a falar com os familiares próximos, todos os outros demonstraram compreender e aceitar o que foi, tendo até achado ser muito útil a sua participação no estudo. O indivíduo que se aconselhou com a família contactou-nos posteriormente informando que estaria disponível para ingressar o estudo, o que aconteceu após a confirmação que compreendia corretamente e aceitava o que lhe foi pedido.

Foi obtido o consentimento informado escrito de todos os participantes tendo havido a preocupação em assegurar o respeito pela dignidade humana e pela autodeterminação individual. Em todas as fases deste trabalho houve sempre a preocupação pelos respetos dos princípios fundamentais da bioética: o princípio da Autonomia, o princípio da Beneficência, o da Não-maleficência e o da Justiça.

Neste capítulo pretendemos demonstrar o caminho que foi percorrido para alcançar os objetivos do estudo. Foi apresentada a finalidade e os objetivos. Achamos importante perceber se os indivíduos internados em serviços de Medicina Física e Reabilitação percecionam um trabalho em equipa para a sua autonomia no autocuidado. Foi então identificado o contexto do estudo e os seus participantes, assim como a fase de colheita de dados e os pressupostos éticos que balizaram o estudo.

2.7. Análise de dados

Para analisar os dados recorreu-se ao método de “análise de conteúdo”. A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtils e em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos diversificados e cujas técnicas têm em comum a “hermenêutica controlada” baseada na dedução, a inferência (Bardin, 2008: 11). É um esforço de interpretação que tem como pilares “o rigor da objetividade” e

a “fecundidade da subjetividade”. *“Análise é a interação entre os pesquisadores e os dados. É ciência e arte”* (Corbin e Strauss, 2008:25).

Entendemos que transições de saúde/doença, como as vivenciadas pelos indivíduos integrantes neste estudo, estão associadas ao sentido de mudança que permita recuperar autonomia no autocuidado. Segundo Meleis e colegas (2000) um processo de transição resulta e é resultado de mudanças operadas na vida, saúde, ambiente e relações dos indivíduos que as vivem. Para que tenham um percurso saudável, as transições têm de ser percebidas de forma consciente. O indivíduo possui conhecimento e reconhece que se encontra num processo de transição. Assim sendo, torna-se imperioso que, quando dependente no autocuidado, possa perceber que essa dependência existe. A Enfermagem é muitas vezes o primeiro cuidador dos que estão a vivenciar experiências de transição pelo que cabe a ela perceber que mudanças se estão a operar e que mecanismos devem ser acionados para suprir as necessidades resultantes.

Para alcançar os objetivos do estudo tentamos que os indivíduos participantes do estudo respondessem às perguntas constantes do guião de entrevista que se encontra anexado a este estudo (Anexo 1). As respostas a estas questões foram posteriormente analisadas quanto ao seu conteúdo seguindo a metodologia proposta por Bardin (2008) *“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”* (ibidem:33). Segundo o mesmo autor este é um instrumento marcado pela disparidade de formas e adaptável dentro do campo das comunicações. É então *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) destas mensagens.”* (Bardin, 2008: 44).

Várias técnicas parciais e complementares devem contribuir para a explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens que tem por objetivo efetuar deduções lógicas e justificadas. O conjunto das operações analíticas é adaptado à natureza da mensagem e à questão que se quer ver resolvida (Bardin, 2008:44). Esta técnica de análise é constituída por três partes: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A **primeira etapa**, a pré-análise, é uma fase de organização, um período de intuição que visa operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a desenvolver um plano de análise. O autor da técnica afirma que esta fase exige rigor mas também flexibilidade para permitir a introdução de novos procedimentos no decurso da análise (Bardin,

2008:121). Esta fase consistiu essencialmente na transcrição integral e pormenorizada de todas as entrevistas realizadas, que constituem os documentos com o corpo da informação para análise, procedendo-se a uma leitura integral das entrevistas e com a confirmação de dados junto dos participantes.

A **segunda etapa**, a exploração do material, “*consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas*” (Bardin, 2008:127). Esta codificação foi efetuada atribuindo um código a cada participante que correspondia a uma ordenação numérica associada a duas letras para identificar as instituições em que se encontravam na altura das entrevistas. Esta codificação teve em consideração o suporte teórico e os objetivos do presente estudo, levando a uma segunda leitura de pergunta a pergunta de todos os entrevistados.

A **terceira etapa**, o tratamento dos resultados e sua interpretação, há o tratamento dos dados em bruto para que estes sejam significativos e válidos (Bardin, 2008). As etapas constantes desta metodologia foram então cumpridas. As perguntas de investigação orientaram esta fase do processo. Foram criadas categorias e subcategorias que agrupam unidades de registo (unidades de base).

A categorização pretende condensar os dados em bruto tornando-os, desta forma, mais simples de ler e de retirar significados. É de salientar que este processo não introduz desvios no material, mas dá a conhecer índices invisíveis (Bardin, 2008:147). As categorias foram identificadas seguindo o critério semântico e foram denominadas por acervo, isto é, a sua nomeação surgiu após o final da operação.

A denominação das categorias e subcategorias também se fundamentou no quadro teórico que suporta este estudo. Para que “*We will make it far easier to promote understanding among our colleagues about the phenomena being discussed*” (Walker et Avant, 2005: 64), foram definidos os conceitos que cada uma destas categorias e subcategorias.

3. A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO PARA A AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO: APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Este capítulo focar-se-á na apresentação dos dados após se ter procedido às fases anteriormente descritas. Os conceitos serão abordados de forma a tornar compreensível o conteúdo expresso pelos participantes, tendo-se por fundamento outros estudos. Nesta fase do relatório, as categorias e subcategorias definidas serão apresentadas, recorrendo à bibliografia e estudos que se considerem pertinentes para o estudo.

O autocuidado está, também no caso de indivíduos em reabilitação, muito associado ao conceito de “dependência”. No nosso entender, este conceito é um exemplo paradigmático de como as vivências e contextos individuais influenciam o seu significado. Assim faremos uma viagem pelo que foi dito e percebido pelos indivíduos participantes no estudo.

3.1. Reconhecimento da dependência no autocuidado

Boggatz e colegas (2007) afirmam que a dependência no cuidar pode estar relacionada com limitações funcionais, ou seja, com a capacidade reduzida ou ausente para realizar tarefas que conduzam à satisfação das atividades de vida diária. Estas têm impacto em todas as dimensões do indivíduo. Estas limitações funcionais vão para além das limitações físicas. Uma outra variável para a percepção de “dependência” é a necessidade, ou seja, um indivíduo pode não executar determinada tarefa por não sentir falta dela e, sendo assim, não se considera dependente.

A dependência é um conceito que toma diversos significados consoante o contexto ao qual está aplicado. Em contexto do cuidado pode ser entendido como “uma capacidade limitada para realizar (as tarefas do cuidar) sem depender do apoio de alguém (...)” *Pode ser entendido também como uma forma de relação social de suporte em que as partes envolvidas entendem a “dependência” de forma distinta*. (Boggatz et al, 2007: 564). Braden (1993) citado por Smith et al (2006) considera a dependência como sendo uma percepção de confiança nos outros para realizar as atividades de vida diária. As limitações funcionais são consideradas o antecedente da dependência no cuidar e, associadas a uma necessidade que é por estas limitações afetada, traduzem-se em dependência no cuidar. Extrapolando para a teoria do deficit de autocuidado podem entender-se as

capacidades e limitações funcionais como a agência do autocuidado e as necessidades como a busca do autocuidado (Boggatz e colegas, 2007). O deficit de autocuidado como uma relação entre as limitações das atividades e as necessidades constitui um atributo do conceito “dependência no cuidado” (Boggatz e colegas, 2007). Tendo em linha de conta o trabalho de Orem, o cuidar dependente constitui-se por atividades executadas para o bem-estar e interesse dos indivíduos que, por diversos motivos, não são capazes, de forma temporária ou permanente, de se envolverem de forma independente nos cuidados a si próprios. Os nossos participantes experienciam a dependência no autocuidado conforme o que está apresentado no quadro 2.

Quadro 2:reconhecimento do autocuidado

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo (exemplos)
Autocuidado	Tomar banho	“Há uma coisa que tomara eu, quando eu ia, ia e quase não fazia, e não neste mas no outro, ia tomar banho, punham-me ali sozinho, deixavam-me a mim sozinho ali, isso para mim era uma alegria. Coisa melhor, porque eu já tinha já era para mim ...” (D05HP)
	Arranjar-se	“Fui ao quarto de banho, estive a lavar os dentes, lavei os óculos, pus creme e depois quando estava pronta a empurrar e vestir o casaco. Já nem sei, depois eram dez horas e cheguei atrasada. Agora não sei o que é que é mais importante chegar a horas ou ser eu a fazer as coisas.” (D01HP)
	Cuidar higiene pessoal	“Lavar os dentes lavo sozinho...consigo lavar os dentes sozinho e isso já é uma felicidade.” (D02TO)
	Auto-elevar	“...uma vez em Alcoitão quando estava a tentar passar da posição de deitado para sentado e não consegui, isso irritou-me.” (D02TO)
	Virar-se	“A virar, a mudar de posição, principalmente” (D01SM)
	Usar o sanitário	“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos, ir à casa banho quando, quando quisesse... (D05TO)
	Transferir-se	“É poder fazer tudo, inclusivamente as transferências...transferências...e movimentar-me ...” (D04TO)
	Vestir-se e despir-se	“Era fazer tudo e não estar assim... (risos) quando conseguir calçar as meias, quando conseguir vestir as calças. Uma pessoa, ... actos tão triviais do dia-a-dia mas que eu não consigo, para mim isso vai ser uma alegria.” (D04HP)
	Usar a cadeira de rodas	“E começar a empurrar a cadeira sozinho também foi importante...” (D02TO) “(sinto-me mais autónoma) Quando ando por aí, quando vou lá baixo à capela, quando vou na cadeira.” (D02 HP)
	Alimentar-se	“Foi quando consegui comer. Quando consegui comer porque quando consegui comer a primeira vez e falhei...consegui outra vez comer por mim e isso foi uma vitória...foi uma vitória outra vez conseguir comer.” (D03SM)

Tentamos perceber quais os autocuidados que mais significavam para os participantes do estudo. Assim emergiu a categoria autocuidado que foi subdividida por dez subcategorias correspondentes a dez tipos de autocuidado definidos pelo ICN (International Council of Nursing) através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A categoria “autocuidado” é entendida como *“Atividade Executada pelo Próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”* (CIPE, versão 2.0). É uma ação intencional, um comportamento.

A subcategoria “auto-elevar” é entendida como autocuidado, mais especificamente como *“Elevar: levantar partes do corpo; incluindo os membros superiores e inferiores ou a cabeça, para uma posição mais elevada”* (CIPE, versão 2.0). Alimentar-se é um autocuidado definido, como é também um autocuidado que se refere alimentar, ou seja, o indivíduo fornece comida e bebida a si mesmo com o intuito de manter a vida, a saúde e bem-estar. Sendo o alimentar uma ação intencional, é um comportamento, pelo que alimentar-se a si próprio é um autocuidado. Esta subcategoria é aqui representada por discursos de participantes: *“Têm de me levantar”* (D03HP); *“Foi uma coisa, ver-me de pé, eu sou num bocadinho baixinho, ver a minha terapeuta Ah, tão pequenina que é...”* (D04 HP); *“Bem, foi levantar esta perna”* (D05HP).

Usar a cadeira de rodas é uma subcategoria do “autocuidado” e assume como conceito *“Movimentar o corpo de um lado para outro em cadeira de rodas, transferir-se de e para a cadeira com segurança, manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos, com velocidade lenta, moderada ou rápida.”* (CIPE, versão 2.0); conforme representa o seguinte discurso: *“Andar na cadeira de rodas ando sozinho...”* (D02TO); *“De cadeira de rodas eu lateralizo e ponho a cadeira da parte lateral, paralela com a banca”* (D04HP); *“Ando na cadeira-de-rodas sozinho”* (D01SM).

Tomar banho é um comportamento, uma ação intencional que se define por “dar banho”, neste caso, sendo um autocuidado, a si próprio. *“Comecei a conseguir lavar-me quando ia tomar banho à exceção da coxa para baixo que não consigo chegar ainda, quer dizer aquela parte não consigo, o resto...”* (D04 HP). *“(a tomar banho) consigo lavar a cara e a parte de cima ”* (D04SM); *“...Ou mesmo para tomar banho tem de ser sempre rápido.”* (D01HP) Transferir-se é um foco do autocuidado que tem como ação o transferir, que se refere a *“mover alguém ou alguma coisa de um local para outro”*. (CIPE, versão 2.0). Este conceito está representado nos discursos: *“Comecei a conseguir passar para a sanita”* (D04 HP); *“Para me ajudarem só, vá lá, descer e descer para o cadeirão.”* (D05HP); *“Pôr-me na cama, eu ponho-me.”* (D05HP); *“Transferir...Também não ajudo...”* (D03SM).

Vestir-se ou despir-se tem o autocuidado como foco e refere-se à ação de trocar de roupa, tal como espelham os participantes no estudo: “Preciso de ajuda para tirar o pijama...” (D02HP); “*De manhã consigo preparar as coisas e consigo tirar a parte de baixo...*” (D01HP); “*Eu acho difícil, para mim é, colocar bem o soutien, e pôr bem o peito...*” (D01HP).

Arranjar-se é um autocuidado que tem por base a ação arranjar que diz respeito a “*escovar e de outras formas cuidar dos cabelos e unhas*” (CIPE, versão 2.0). “*... a lavar o cabelo...também a secar, é preciso pentear...sei lá...*” (D01HP); “*...lavar os dentes, por creme na cara... consigo lavar os óculos... Consigo ir à internet, consigo mexer no telemóvel*” (D01HP).

Cuidar da higiene pessoal refere-se a autocuidado inserido na ação do cuidar da higiene. “*A lavar, a fazer a higiene...*” (D01SM); “*Mudar-me, Fazer-me a higiene toda*” (D03SM); “*A higiene toda...*” (D03SM); “*A higiene é só mais para ...da sinta para baixo que...*” (D01SM), são discursos representativos do conceito.

Usar o sanitário é um autocuidado que é foco da ação do cuidar da higiene, tal como demonstram os dizeres de participantes: “*Sozinha, sei lá...vou à casa de banho...mas vou à do fundo porque tem mais barras para segurar.*” (D02HP); “*Sim, à noite por exemplo, se vou à casa de banho preciso que me ajudem a ir e sentar na cadeira...acho que não me seguro, não consigo.*” (D02HP); “*Vou à casa de banho.*” (D03HP).

Virar-se define-se pela ação virar e refere-se a “mover e mudar o corpo de um lado para o outro e da frente para trás”. “*A ...virar-me de um lado para o outro*” (D03SM); “*Tenho às vezes...as vezes para virar e assim*” (D03TO); “*Só a Virar-me.(o faço sozinho)*” (D04SM) são discursos que representam este conceito.

Durante o estudo percebemos que os indivíduos reconhecem a dependência (parcial ou total) para o autocuidado. Quando referem autonomia para o autocuidado, esta relaciona-se com parcelas específicas de alguns autocuidados e quando se referem à generalidade usam o termo “praticamente” revelando que, embora a sua capacidade para o autocuidado tenha evoluído no sentido positivo, ainda persiste alguma dependência, “*sinto-me mais autónoma*” “*Quando ando por aí, quando vou lá baixo à capela, quando vou na cadeira.*” (D02 HP); “*No vestir não. Só na parte de cima é que consigo dar alguma ajuda, na parte de baixo não.*” (D02TO); “*Tenho (de ter ajuda) às vezes...as vezes para virar e assim*” (D03TO); “*Só às vezes para por a fralda é que não me ajito*” (D03TO)

Este reconhecimento ficou demonstrado pelos discursos que originaram as categorias “autonomia no autocuidado”, “dependência parcial no autocuidado” e “dependência total

no autocuidado” São os enfermeiros ou auxiliares que compensam, de forma total ou parcial, os deficits no autocuidado. Estes deficits são normalmente relacionados com incapacidades físicas.

A agência de autocuidado constitui a capacidade do indivíduo desenvolver ações específicas do autocuidado. O indivíduo está capacitado para cuidar de si mesmo ou dos seus dependentes, e foi desenvolvendo estas capacidades ao longo do seu ciclo vital, à medida que as suas capacidades intelectuais e cognitivas foram crescendo. Esta capacidade varia ao longo da vida e com fatores de diversa ordem tais como, o estado de saúde, fatores educacionais, experiências prévias, cultura e recursos usados (Orem, 2001:254) A agência de autocuidado permite ao indivíduo reconhecer os fatores que devem ser controlados ou geridos para que se mantenha saudável e possa desenvolver-se, assim como, tomar decisões relativas às medidas destinadas ao seu próprio cuidado. Existe conhecimento sobre as condições ambientais e internas que norteiam as ações a implementar. *“Sim, sim...fico chateado quando não consigo fazer essa parte... mas tento, tento...”* (D04HP). *“Mas eu penso que os desafios a que me têm proposto no dia-a-dia para eu tentar atingir alguns não os consigo todos mas dou o meu melhor para (...)”* (D04HP)

Uma ação de autocuidado é composta por uma série de operações, ou fases ou três tipos de ação de autocuidado: a “estimativa”, as operações de transição e as operações de produção. As operações de estimativa resultam em informação acerca das condições internas e externas que indicam as necessidades de regulação, exprimindo as ações de regulação que é necessário tomar, ou seja, como requisitos individuais de autocuidado. O segundo tipo de ação diz respeito aos meios e tecnologias disponíveis, desenvolvidos e praticáveis para cumprir os requisitos do autocuidado. São juízos e tomadas de decisão acerca do que se nos apresenta, do que poderá ser feito para reunir os requisitos do autocuidado quando se está sob determinadas condições.

As ações produtivas envolvem as ações e medidas tomadas para satisfazer os requisitos de autocuidado, através do uso de medidas e meios tecnológicos apropriados, de forma a satisfazer as necessidades de regulação previamente estimadas. (Orem, 1984: 33). Os discursos dos participantes refletem o que atrás foi dito: *“...lavar os dentes, por creme na cara... consigo lavar os óculos... Consigo ir à internet, consigo mexer no telemóvel”* (D01HP); *“Preciso que me cortem a comida depois consigo comer com uma tala na mão.”* (D02TO); *“Sim...se podem, se podem “bote a mão, pegue nisto...” colaboro...colaborar...pegue nisto, eu pega deite a mão, agora pegue ali, eu pego, eu tento e vou fazendo umas coisas.”* (D04SM).

Para executar as operações de estimativa, o indivíduo deve possuir recursos internos suficientes e de agarrar as oportunidades adequadas ao objetivo. *“A investigação e a inquirição devem também ser consideradas como um processo de aprendizagem...”* (Söderhamn, 2000: 186) e a aprendizagem é por si, uma alteração de comportamentos manifestada por uma multiplicidade de ações. As operações de transição, que se seguem às de estimativa, são também um exercício de reflexão em que se aplicam os conhecimentos aprendidos e determinam o curso que as atividades de autocuidado devem tomar. (Söderhamn, 2000: 187). Um nosso participante demonstra, desta forma, que encontrou duas soluções para colmatar o seu deficit: *“Até a barba consigo fazer. Mas tem que ser com a mão esquerda mas fica um bocadinho mal feita e isso é um bocadinho comodista e como vem cá o barbeiro eu descuro essa parte...”* (D04HP).

As operações de transição são o caminho que conduz ao objetivo final, que são as operações de produção. O indivíduo equaciona quer as normas quer o que pretende para determinar o curso de ação, ou seja, o indivíduo decide o que fazer e de seguida actualiza os seus recursos de acordo com aquilo que pretende. *“Like other behavior, self-care activity is intentional. It is directed to the situation of the human subject, and it is a way of being-in-the-world.”* (Söderhamn, 2000: 187). Este participante demonstra através deste discurso o que pretende e quais as estratégias que usa. *“Não sei... pensar nas coisas e ir fazendo...ao fim do dia arrumo as coisas e já começo a preparar a roupa para o dia seguinte, lavo os dentes, arrumo as coisas da higiene, tiro já o pijama que é para vestir à noite, a roupa para amanhã, arrumo o computador, ou isto ou aquilo...acho que é ao fim do dia.”* (D01HP)

A dependência em cuidados de saúde pode estar relacionada com o estado de saúde em si mesmo, com a percepção do indivíduo a cerca do seu estado e com o desconhecimento dos resultados dos seus comportamentos. A “dependência aprendida” pode acontecer devido à influência e interação entre o indivíduo e os profissionais de saúde e conduz a situações de dependência.

Existem situações em que “tornar-se dependente” se torna benéfico pois a “o abrir mão do controlo dos acontecimentos” liberta-as das exigências e perigos que o desempenho das funções acarreta. Escolher ser dependente pode, desta forma, permitir manter o controlo pessoal e conduzir a resultados benéficos. Esta escolha pode ser feita a um nível subconsciente ou como resultado de uma ação intencional e constitui uma forma de controlo que garante contacto social, diminuição do isolamento social, preserva energia, diminui o desconforto e reduz o medo e ansiedade. (Smith e colegas, 2006). O quadro 3

representa alguns discursos dos participantes sobre a sua percepção na dependência no autocuidado.

Quadro 3: Percepção da dependência no autocuidado

Categoria	Unidade de registo (exemplos)
Autonomia no autocuidado	“Lavar os dentes, lavo sozinho...” (02TO)
	“Visto-me sozinha (...) Tomar banho, tomo sozinha” (03TO)
	“Pôr-me na cama, eu ponho-me.” (05HP)
	“Sentada na cama e visto-me.” (02HP)
	“Faço praticamente tudo sozinha” (04TO)
	Ah, consigo escrever no computador, consigo estar no computador, as actividades diárias eu praticamente consigo fazer tudo, até a barba consigo fazer.” (04HP)
Dependência parcial no autocuidado	As transferências quase que já faço sozinho” (01SM)
	“Sim...se pedem, se pedem “bote a mão, pegue nisto...” colaboro...colaborar...pegue nisto, eu pega deite a mão, agora pegue ali, eu pego, eu tento e vou fazendo umas coisas.” (04SM)
	“No banho consigo dar alguma ajuda.” (02TO)
	“Não porque eu não me sinto autónomo nem independente...não” (03SM)
	“E a comida se for bife ou assim têm de partir...” (02HP)
	“O meu objectivo é levantar-me e ir fazendo mas ainda não consigo como dependo dos outros estou sujeita, não é, a comer quando já estou ali há meia hora à espera, mas tenho de esperar que o leite chegue ali, depois tenho que esperar que haja vaga para alguém me ajudar a tomar banho, para me ajudar a vestir, estou assim um pouco dependente dos outros.” (01HP)
Dependência total no autocuidado	“Eu não ajudo em nada...não...” (03SM)
	“Para já são eles que me dão banho...” (04SM)
	“A ajuda que lhe dou não é nenhuma... nem os dentes.” (05TO)
	“Eu não posso fazer nada...Nada.” (05SM)
	“Preciso de ajuda completa... tomar banho, para levantar, para vestir. Lavar os dentes” (02TO)
	“Eu tenho mesmo vontade de me vestir por mim e pôr-me a pé mas não posso ainda” (03HP)

“Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” e ainda, procurando a excelência, *“o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as actividades de vida às quais o cliente é dependente.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002: 13/14). O indivíduo é considerado um agente ativo no autocuidado pelo que o objetivo final dos cuidados de Enfermagem é que ela se consiga cuidar a si mesmo ou substitui-lo quando é impossível que se autocuide.

Cuidar em Enfermagem implica estar atento e a uma relação de ajuda de tal forma que as decisões subtis que o indivíduo tem de tomar, sejam percecionadas pelos profissionais. A dependência não é obrigatoriamente igual à falta de capacidades e o enfermeiro deve ser capaz de identificar os complexos fatores que estão envolvidos na exibição de comportamentos dependentes. (Smith, 2006: 38). Um exemplo é este discurso de um participante que pode contribuir para que os cuidados no sentido da autonomia sejam precedidos de intervenções que corrijam causas indiretas ou diretas do deficit de autocuidado: *“Quando eu deixei de ter tantas dores, esse facto de não ter essa dor tão intensa, tão massacrante, liberta-me para tudo o que eu quero, portanto a autonomia, por exemplo eu agora já vou lá para fora apanhar um bocadinho de sol, há cerca de uma semana”* (D04HP).

A falta de informação por parte do indivíduo pode levar a comportamentos de dependência. Cabe pois à enfermagem avaliar o nível de informação e percepção dessa mesma informação para que este possa envolver-se de forma mais autónoma no autocuidado. Também a informação (subjativa e objetiva) que o indivíduo fornece é de crucial importância. *“Ter autonomia é poder escolher por si mesmo (...)”* (Murcho, 2011: 37) pelo que se torna essencial possuir dados que suportem uma escolha esclarecida e consciente.

Ao questionarmos os participantes sobre o significado do conceito de “independência” obtivemos duas subcategorias: “autocuidado” e “autonomia”. Os participantes associam a independência à realização de tarefas do autocuidado ou à realização de tarefas em termos mais gerais e não específicas. A sua independência é vista, no geral, como a conquista de capacidades físicas que lhes permitam a realização dessas atividades. No estudo foi patente a não distinção, por parte dos participantes, entre o conceito de autonomia e o conceito de independência.

“Dependemos uns dos outros (...) de quem sabe o que não sabemos, e trocamos esses conhecimentos (...) vivemos numa rede de interdependências cognitivas” (Murcho, 2011: 39). Ser autónomo não é, diz o mesmo autor, ser independente em absoluto dos outros,

mas antes ser autónomo até ao limiar das limitações próprias do ser humano. Um dos participantes define a independência como *“Agora comigo por exemplo, independente é, conseguir limpar o rabo, com a mão, não chego lá trás, é conseguir tirar a parte de cima e mesmo só, como agora, colocar...pronto, agarrar peito e colocá-lo no sítio certo...”* (D01HP).

Da análise de conteúdo percebeu-se que o “andar” é assumido por alguns participantes como “meio caminho andado” para a autonomia no autocuidado. Mais uma vez se infere que a recuperação física é essencial para que os participantes sintam que recuperaram essa autonomia. *“Eu acho que ser independente é para já, pronto, conseguir caminhar...”* (D01HP); *“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos... e ainda que com uma bengala poder-me deslocar um bocadinho.”* (D05TO). O estado de saúde é um conceito que está influenciado por um amplo leque de condições que o vão definir. Assim, o estado físico do indivíduo, o seu estado psicológico, o seu nível de independência, as relações sociais e a relação com o meio ambiente, são fatores de peso quando temos de medir o estado de saúde de uma pessoa ou população. Diretamente relacionado com o estado de saúde, encontra-se a perceção individual de qualidade de vida (Cepeda-Valery et al, 2011).

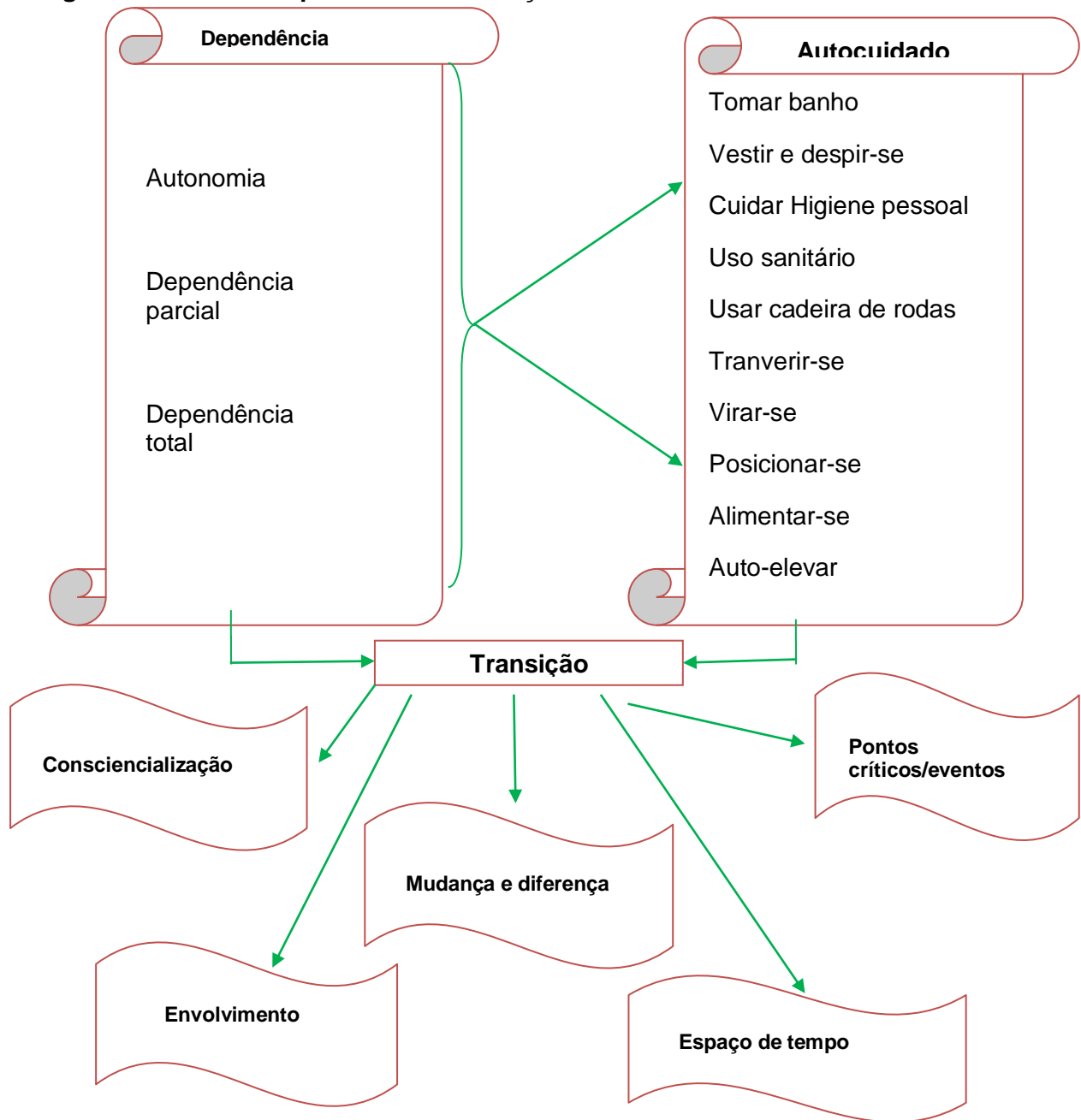
Os indivíduos integrantes do estudo passam por um processo múltiplo de transição em que, da autonomia no autocuidado, passaram para uma dependência, total ou não, e desta para a recuperação da primeira. As suas vivências são importantes para o nosso estudo, uma vez que são o espelho das suas perceções quanto ao fenómeno em estudo. Tal como o discurso: *“Não sei...caminhar, jantar, pensar nas coisas e ir fazendo...ao fim do dia arrumo as coisas e já começo a preparar a roupa para o dia seguinte, lavo os dentes, arrumo as coisas da higiene, tiro já o pijama que é para vestir à noite, a roupa para amanhã, arrumo o computador, ou isto ou aquilo...acho que é ao fim do dia.”* (D01HP), o quadro 4 reflete essas vivências observadas sob a lente da Teoria das Transições. Esta serviu de base para a definição das categorias resultantes da análise de conteúdo, pelo que os conceitos aí expressos assumem o significado definido por essa mesma teoria.

Quadro 4: Transição para a dependência

Categoria	Unidade de registo
Consciencialização	<p>“Não me lembro assim, porque eu sei o que é que é posso fazer mais ou menos, não me estou a lembrar...” (D02HP).</p> <p>“E quem diz isso, uma coisa que me custa a mim um bocadinho é que às vezes quer quando estou na cadeira, quer quando estou deitado, quer quando estou sentado, às vezes as coisas, nem que seja meio milímetro, estão a meio milímetro e não as consigo alcançar.” (D04HP)</p> <p>Quando vim para aqui que eu ainda não tinha bem consciência do que é...quando vim para aqui é que senti mais aquele choque, no primeiro dia em que vim para aqui senti-me bastante mal. Foi ...um bocado...que de resto...” (D01SM)</p> <p>“Eu para já não sou independente” (D03HP)</p>
Envolvimento	<p>“Fui ao quarto de banho, estive a lavar os dentes, lavei os óculos, pus creme e depois quando estava pronta a empurrar e vestir o casaco. Já nem sei, depois eram dez horas e cheguei atrasada. Agora não sei o que é que é mais importante chegar a horas ou ser eu a fazer as coisas.” (D01HP)</p>
Mudança diferença	<p>e “É tudo, eu acho que é tudo, (Diferença) em casa por exemplo...em casa era eu que fazia...eu punha a mesa, ajudava...fazia a comida, agora não posso tenho mais dificuldade. Sinto-me pior em casa do que aqui, em casa o espaço é.” (D02HP)</p> <p>“Tudo (é diferente)” (D03HP)</p> <p>“Custa, é uma coisa que eu fazia em 10 minutos e que se calhar agora faço em 20 mas também tempo é coisa que tenho.” (D04HP)</p> <p>“Felizmente tinha força e tudo ...tudo ...tenha a menor duvida...tudo e ainda trabalhava e ainda pagava por fora...ainda trabalhava.” (D05HP)</p> <p>“Muita (diferença), mas mesmo muita” (D01SM)</p>
Espaço de tempo	<p>Desde que tive o acidente nunca tive nenhum dia especial.” (D03TO)</p> <p>Eu acordo fraca a cansada, também não durmo bem, depois ao longo dia vou ganhando força física, e equilíbrio e ao fim do dia vou ficando mais forte e melhor.” (D01HP)</p> <p>“Sim... Quando é final de semana eu estou mais sozinha e me dedico mais.” (D04TO)</p> <p>“Nunca...” (D05TO)</p> <p>“Acho que é ao fim do dia...” (D01HP)</p>
Pontos críticos/ eventos	<p>“Foi quando consegui comer. Quando consegui comer porque quando consegui comer a primeira vez e falhei.” (D03SM)</p> <p>“Não é que fui para as paralelas e consegui ficar de pé e andar, todo torcido mas consegui andar, foi o momento mais marcante neste hospital.” (D04 HP)</p> <p>“...na altura em que acordei para mim foi uma felicidade porque na altura do mergulho pensei que ia morrer e o acordar e estar ao pé da família para mim foi ...esse foi o melhor momento...” (D02TO)</p> <p>“...uma vez em Alcoitão quando estava a tentar passar da posição de deitado para sentado e não consegui, isso irritou-me.” (D02TO)</p>

Em síntese, os participantes vivenciam de forma distinta a transição para a sua nova realidade, reconhecendo o percurso desta vivência no autocuidado, e na relação do reconhecimento do autocuidado, na percepção da dependência para o mesmo e no próprio processo de transição. A figura 1 tenta ajudar à compreensão do que foi expresso.

Figura 1: Vivência no processo de transição



Os discursos confirmam que cada participante tem uma forma de vivenciar a transição face à situação, sendo o polo da autonomia e da dependência total para cada autocuidado, confirmando-se assim, o que foi dito por Orem (2001) e Meleis (2007).

3.2. Assistência no internamento

O grande objetivo da reabilitação é a transição de um estado de dependência para uma autonomia progressiva (Proot et al, 2000:267). Segundo Hoeman (2000:9) que cita a American Nurses's Association (1988) os profissionais da reabilitação, nomeadamente os enfermeiros, acreditam na dignidade de todos os seres humanos e que os *“indivíduos com incapacidades funcionais têm dignidade intrínseca que transcende a incapacidade para tomar decisões informadas quanto ao seu futuro...”* e por isso auxiliam o indivíduo a reduzir o estigma da sua incapacidade ao mesmo tempo que o apoiam na recuperação do controlo de todos os aspetos da sua vida. *“É necessário levar o sujeito a ser independente no seu autocuidado e no seu meio familiar e social (...)”* (Martins, 2002:89).

Os profissionais de reabilitação avaliam os contextos, os processos, os significados e os modelos de explicação antes de fazerem juízos e tomadas de decisão, para que possam ser eficazes nos seus cuidados (Hoeman, 2000). Considera-se ser essencial uma abordagem abrangente do indivíduo que se encontra em reabilitação e que a abordagem deve ser feita por uma equipa multidisciplinar.

A enfermagem inclui obrigatoriamente esta equipa de saúde na sua prática *“(...)inclui a determinação das razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas pela Enfermagem. Um aspecto importante desta determinação é o diagnóstico das capacidades do indivíduo para se envolver no autocuidado (ou no cuidar dependente) agora ou no futuro e relacionar estas capacidades com as necessidades de autocuidado terapêutico da cada pessoa”* Orem, 2001: 256). As ações a desenvolver devem ser planeadas em conjunto e, para responder às exigências e profissionalismo requeridos, é necessário que se despenda muito tempo na troca de impressões, na reflexão e na formulação das opções a desenvolver. *“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a Enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano para humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”* (Watson, 2002:52).

Os participantes do estudo associam os enfermeiros, e por conseguinte, os seus cuidados, como estando relacionado com o auxílio nas atividades de autocuidado, a disponibilidade, a segurança e promoção da autonomia, conforme é demonstrado no discurso deste participante: *“Importância é ...é tudo, eles têm ...para mim tem tudo ...eu preciso de comer, eu preciso de fazer qualquer coisa, eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão*

...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêem enfermeiros.” (D04SM).

Quando se pergunta diretamente quais os contributos dos enfermeiros para a promoção da autonomia para o autocuidado, as repostas divergem. Os discursos fazem perceber que os participantes esperam dos enfermeiros disponibilidade e segurança, assim como carinho, companheirismo e contributos para a promoção da autonomia. Também lhe reconhecem autoridade que deriva da sua formação. Quando referem o autocuidado, este geralmente diz respeito ao auxílio prestado pelo enfermeiro na realização dos autocuidados. (quadro 5)

Quanto ao contributo dos restantes profissionais de saúde, os participantes referem que o médico *“ensina-me”* (03HP), *“dão-me segurança”* (04HP), *“a médica, a fisiatra, solicitei apoio psicológico”* (01HP) e *“ajudou-me, para além da obstipação e do problema da bexiga não é, para além também de dormir mais cedo.”* (D01HP). Assim, ao médico é reconhecido o papel de decisor, educador e também de bastião da segurança. (quadro 5)

Dos fisioterapeutas, os participantes esperam que os ajude na recuperação física de tal forma que possam sair do hospital. *“A minha ginástica por exemplo, para eu fazer ginástica para ter força nos braços a para ter tudo isso.”* (D03SM); *“...mas pronto valorizo mais por acaso os terapeutas porque eu sinto que eles me esticam e depois fico melhor.”* (D01HP) (quadro 5).

Para uma completa compreensão deste relatório, definimos os conceitos das categorias constantes do quadro 5. Assim, a enfermagem é, segundo o dicionário Priberam on-line da Língua Portuguesa *“a arte ou a ciência de cuidar e tratar dos doentes”* promovendo a saúde ou prevenindo a doença. É exercida por enfermeiros. O médico é o profissional de saúde que exerce a medicina. Esta é entendida como a ciência de debelar ou atenuar a doença. Fisioterapia é entendida como um sistema terapêutico que emprega recursos naturais, assim como a massagem e o exercício físico. A psicologia é uma ciência que é um ramo da filosofia e *“trata da alma e das suas manifestações. Estudo dos fenómenos psíquicos”* (Priberan, pesquisado em 15, Julho 2012). A categoria auxiliar será encarada como aquela que auxilia ou presta assistência a outrem, no caso concreto, direcionada para a ação médica.

Quadro 5: valor atribuído à assistência hospitalar

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Enfermagem	Segurança	Para mim os enfermeiros são aqueles que nos acompanham 24 horas...Os enfermeiros têm uma continuidade, e essa continuidade...a confiança é muito importante, o laço de confiança e de humanidade que existe entre o doente e o enfermeiro, aquele espírito de abertura, aquele dialogo, aquela ...aquela alegria, aquela ...brincar um bocadinho, que eu gosto muito de brincar, acho que é importante..." (04HP)
	Administração Terapêutica	"Os enfermeiros também, pronto, dão-me os comprimidos, ajudam-me com isto e com aquilo..." (D01HP)
	Autonomia	"Vão-me tratando (os enfermeiros), forçam-me a comer, fazem tudo para que eu possa ser semi-autônomo..." (05TO) "Aqui em cima é mais para, aqui com os enfermeiros, é mais para me por independente....Lá em baixo, é mais trabalhar o corpo. Aqui é mais para me por independente." (01SM) Se eles (os enfermeiros) cá não estivessem o que é que eu não conseguia...Não conseguia fazer aquilo tudo o que me eles fazem. Não tomava banho, não me punha a pé, não sei lá, nem sei, nem sei...não tem explicação nenhuma." (05HP) Se eles (os enfermeiros) cá não estivessem o que é que eu não conseguia...Não conseguia fazer aquilo tudo o que me eles fazem. Não tomava banho, não me punha a pé, não sei lá, nem sei, nem sei...não tem explicação nenhuma." (05HP) "Por exemplo quando eu me sento na cadeira eles passam-me a t'shirt e fazem com que eu vista, não deixam que eles ajudem e isso ajuda na minha autonomia...sim" (02TO)
	Autoridade	"Muitos enfermeiros... "olhe, arrume o computador...A chefe também ralha..." (01HP)
	Suporte	(os enfermeiros) "Ajudam-me a deitar, que eu não me posso deitar sozinha, a levantar, têm de me levantar que eu vejo-me ...sozinha." (03HP) "Os enfermeiros também fazem, ajudam, põem-me nas cadeiras de rodas para nos irmos para a fisioterapia..." (03SM). "Para mim, no meio, entre estes pilares auxiliares, enfermeiros e médicos, para mim os enfermeiros são o pilar mais importante... Por causa da permanência e da competência técnica que têm...Para mim o pilar principal é o pilar da Enfermagem, (...)" (04HP) "Que tomem conta...que qualquer problema que a gente tenha que estejam logo em cima e disponíveis, que é o que acontece ...acontece e..." (02TO) "Porque ainda ontem depois do jantar a enfermeira pronto, caminhou só um pouco comigo." (D01HP)
Fisioterapia	Meio de tratamento	"Ainda ontem disse ao senhor terapeuta: diga-me o que é que eu tenho que fazer para ver se eu ...para tratar de sair daqui..." (03HP) "O fisioterapeuta é uma pessoa que enfim percebe e ...ele é uma pessoa que puxa muito por mim..." (05HP) "A fisioterapia, acho que estão mais a trabalhar para eu conseguir, quando aparecer algum movimento, conseguir desenvolvê-lo e o equilíbrio." (01SM) "Para mim é a fisioterapia...é a fisioterapia... a fisioterapia para mim é o essencial." (D05TO) "Bem, o que eu valorizo mais é mesmo aquilo que eu sinto mais falta, que é a fisioterapia." (D01HP) "Preciso de muita fisioterapia, e eu tenho estado doente." (D05HP) "Talvez os fisioterapeutas...sim...aqui os enfermeiros não têm tanta liberdade para trabalharem connosco...e por isso acho que é os fisioterapeutas." (D02TO) O Sr. Me...O Sr. Dr. Também é muito bom para mim... Ensina-me a pentear assim...e mandou-me pentear assim..." (D03HP)
Médico	Educador	
	Segurança	"(...)o pilar da segurança para mim é o médico.(...) Os Médicos dão-me segurança... Os médicos pelo saber e pela experiencia e pelos conhecimentos que têm (...) Eu quando tenho uma duvida, embora pergunte à enfermeira, não é que duvide da enfermeira, mas gosto de confirmar com o medico e ele até me dá uma visão mais abrangente..." (04HP)
	Decisor	"Portanto a médica, a fsiatra, solicitei apoio psicológico, tenho tido outras confusões, e pronto a psicóloga pode-me ajudar." (D01HP). "O Dr. Ruben ajudou-me, para além da obstipação e do problema da bexiga não é, para além também de dormir mais cedo." (D01HP)
Auxiliar		" (...) Acho que, pronto, por exemplo há auxiliares que me ajudam naquelas coisas que eu não consigo fazer, são sempre muito simpáticas." (D01HP) "Os auxiliares também são um elemento indispensável porque são eles que constantemente... mas pelas limitações técnicas que eles têm e não conhecimento são mais até um elemento de conversa e de amizade." (D04HP) "Todos juntos, acho que, pronto, por exemplo há auxiliares que me ajudam naquelas coisas que eu não consigo fazer, são sempre muito simpáticas." (D01HP)
Psicologia		"Também temos aqui a psicóloga... gosto muito de conversar, gosto muito de expor ideias, depois ela, com a técnica dela vai tirando." (D04HP)

A tradução e transferência de conhecimentos são de vital importância para que possa responder às exigências associadas ao cuidar. *“Articulation consists of all the tasks needed to coordinate a particular task... No matter how detailed the requirements are, they must be aligned with or tailored to a set of implementation conditions that cannot be fully specified ahead of time”* (Gerson and Star, citados por Timmermans and Freidin, 2007:1351)

A articulação no trabalho diz respeito ao desempenho laboral de todos os profissionais, quer este desempenho seja visível ou não. Sem esta articulação corre-se o risco de não ultrapassarmos a barreira da idealização e, por conseguinte, de não resolvermos os problemas, reais ou potenciais, que as pessoas clientes em cuidados de saúde apresentam. O conceito articulação é entendido como uma continuidade de cuidados. Ao fazer a pesquisa usamos, entre outros, motores de busca como “Agreement” AND Continuity AND “team care” para irmos de encontro às percepções dos participante.

A evolução tecnológica e científica levou a que a especialização e diferenciação fossem uma realidade cada vez mais presente na área da saúde. Se por um lado aumenta a qualidade, também aumenta a fragmentação pelo que dificulta a continuidade de cuidados. Helleso et Lorensen (2004: 807) afirmam que uma das estratégias usadas para diminuir os efeitos dessa fragmentação, é o recurso aos meios informáticos para facilitar a troca de informação para a promoção da continuidade de cuidados. O conceito “continuidade de cuidados” assume três significados: a continuidade de cuidados indivíduo a indivíduo, a intra-organizacional e a continuidade inter-organizacional. A primeira diz respeito ao nível da relação médico ou enfermeiro com o indivíduo seu cliente. *“Continuity of care is considered a key concept in primary nursing, and is understood to be helpful for improving communication and clarifying the channels for accountability (...)”* (Helleso et Lorensen 2004: 808).

A continuidade de cuidados intra-organizacional refere-se à relação entre vários membros de pessoal de saúde envolvidos no cuidado do indivíduo. Requer um sistema de informação eficaz, potenciando a comunicação, de tal forma que a descontinuidade dos cuidados não se verifique. A continuidade de cuidados é reconhecida como um fator importante no contributo para a satisfação das pessoas clientes dos cuidados de saúde. Segundo Smeenk et al (1998: 74) é o grau de coordenação e sequência de cuidados entre os vários profissionais e os prestadores de cuidados, assim como do indivíduo cliente dos cuidados, durante a trajetória da doença e pelo tempo que a necessidade em cuidados se manifestar. É considerada, por si só, uma dimensão do cuidar.

Lafferty et al (2010: 1) citam Haggerty et al (2003) para afirmarem que a continuidade de cuidados de refere ao *“the degree to which a series of discrete health care events is experienced as coherent and connected and consistent with the patient’s medical needs and personal context”*. Afirmam ainda que existem três tipos de continuidade: a relacional, a informativa e a de gestão. A continuidade relacional refere-se ao desenvolvimento de uma relação de confiança e lealdade entre a pessoa cliente e os profissionais de saúde. A continuidade informativa prende-se com a disponibilidade e pertinência de informação necessária para o cuidar. A continuidade de gestão refere-se à disponibilidade de serviços atuais e coerentes com as necessidades das pessoas clientes dos cuidados de saúde.

“High-functioning teams develop healthy habits of regular communication, agreement on an action plan and a collective approach to problem solving.” (Bagley, 2008: 1) Diz o mesmo autor que é através da discussão de papéis e responsabilidades que se melhora a performance de uma equipa e se promove um sentido de responsabilidade coletiva pelo cuidar da pessoa cliente. *“Indeed, it is the quality of the interactions between team members that defines high-performing teams, not the presence of a star player”* (Ibidem:2). Para Proot et al (2007: 229) só uma equipa multidisciplinar pode auxiliar o indivíduo a retomar o seu papel e as suas capacidades autónomas o mais brevemente possível. Ainda segundo os mesmos autores, muitas vezes as pessoas possuem limitações de várias origens pelo que necessitam de uma abordagem multiprofissional, especializada e intensiva.

Para Hesbeen (2001: 17) *“os profissionais da reabilitação fazem parte de um equipa multidisciplinar cujas acções se articulam em torno de um verdadeiro processo interdisciplinar.”* Ainda referenciando Proot et al (2007: 230), eles afirmam que um processo de reabilitação requer atenção especial em três dimensões da autonomia da pessoa: a autodeterminação, a independência e o autocuidado.

Segundo o ICN (2005: 41) comunicar é um comportamento interativo que consiste em dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou por meios de comunicação remota, tais como, correio, correio eletrónico e telefone. Comunicar significa “pôr em comum”, “estar em contato com alguém”, “transmissão de informação”. Pode também significar o *“conjunto de sistemas e meios técnicos que permitem a troca de informação e diálogo...conjunto de trocas especiais sob a forma mais variada...acto de trocar sinais e mensagens, pode referir-se às formas mais variadas de circulação de bens...”* (Clément et al, 1999:65/66).

Ramos (em Lopes e colegas, 2009: 69) afirma que comunicar com o outro implica que se tome em conta a sua identidade e que permita *“redimensionar as relações entre os indivíduos, entre o indivíduo e a sociedade, entre o indivíduo e as organizações, entre a sociedade e a cultura e, ainda, entre o indivíduo e a saúde/doença”*. Diz ainda a mesma autora que a comunicação é um fenómeno social complexo e multidimensional com um conjunto de regras, de códigos e de representações que diferem entre culturas, e que o contexto onde esta se produz é também complexo, portador de normas e de regras e que constitui um fator estruturante da mesma (Ramos, 2009: 69).

Uma equipa multidisciplinar que baseia a sua atuação numa base da colaboração e da comunicação consegue mais facilmente os objetivos e não corre o risco de determinar metas diferentes para o mesmo indivíduo, ou, pelo contrário, determinar de forma repetitiva a mesma meta mas percorrendo caminhos pouco congruentes. Hoeman (2000: 33) defende que o futuro de uma equipa de reabilitação será o de se formar uma equipa transdisciplinar em que os limites de cada disciplina se esbatem e existe uma formação cruzada assim como flexibilidade para minimizar o esforço no alcançar das metas. Os discursos dos participantes afirmam que *“Eu acho que sim. Todos contribuem (para a minha autonomia) ”* (D03HP) *“Sim, tudo na sua arte. (todos dão o seu contributo para a minha autonomia) ”* (D04SM)

“ A investigação demonstrou que a comunicação é um componente fundamental no sucesso de equipas multidisciplinares, contudo pode ser problemática” (Miller et al, 2005: 172). Os mesmos autores afirmam ainda que as diferenças ideológicas, relações de poder desiguais entre as várias disciplinas e uma comunicação fraca potenciam os problemas numa equipa de saúde constituída por múltiplos profissionais. Uma comunicação eficaz é fundamental para o sucesso de uma equipa de saúde e, em resultado disso, para uma prestação de cuidados de alta qualidade que promova a independência dos indivíduos no autocuidado e cuidar dependente. O sucesso ou insucesso de uma equipa depende da dedicação que os seus membros lhe prestam (ibidem).

Tal como todos os outros profissionais de saúde, os enfermeiros têm o dever de prestar cuidados de alta qualidade. Por isso, têm de saber que esses cuidados são da sua responsabilidade e que, para serem de qualidade, têm de se articular com os demais profissionais. Uma equipa de sucesso centra a sua atuação no indivíduo que é seu cliente, traça objetivos que em conjunto vai procurar atingir. As estratégias definidas e traçadas devem sê-lo em estreita articulação e todo o processo deve ser frequentemente avaliado para se poderem efetuar as devidas correções ao plano inicial.

Assim o sucesso de uma equipa é avaliado pelos resultados alcançados mas também pela qualidade do percurso percorrido, ou seja, pelo nível de satisfação de todos os envolvidos no processo. Para que uma equipa de saúde multidisciplinar seja bem-sucedida, os seus membros *“devem partilhar responsabilidades, valores, conhecimentos, competências e mesmo os objectivos acerca dos cuidados ao paciente com os seus papéis como membros da equipa na partilha da tomada de decisão. Os membros da equipa devem trabalhar em conjunto para utilizarem melhor a experiencia de cada membro”* (Dorsey, 2005: 86).

Lingard et al (2007: 657) defendem que a comunicação efetiva e a colaboração entre os membros de uma equipa multiprofissional são essenciais para se obterem cuidados de alta qualidade. Afirmam ainda que o âmago nos cuidados de saúde é garantir, transferir, discutir e usar a informação relativa ao indivíduo e, face a este facto, os profissionais de saúde não são só prestadores de cuidados como também são trabalhadores da informação, já que prestam cuidados e também consomem e produzem informação.

Melhorar a comunicação entre os membros de uma equipa multiprofissional é o grito de ordem de hoje em dia por parte das organizações que certificam a qualidade dos cuidados prestados. Com a falta de comunicação a segurança do indivíduo fica deteriorada, pelo que é mais fácil surgirem erros e efeitos adversos decorrentes da prestação de cuidados (Lingard et al, 2006: 471). Os mesmos autores afirmam ainda que os valores culturais dos profissionais que lhes transmitem o sentido de individualismo e autonomia são muitas vezes obstáculo para que haja uma comunicação efetiva e eficaz dentro de uma equipa de saúde.

Silos de ordem organizacional e económica podem ser construídos e, desta forma, constituírem barreiras para os avanços necessários em termos de segurança e para a realização de iniciativas construídas pelo conjunto dos profissionais de uma equipa de saúde. Ainda citando os mesmos autores, uma outra importante condicionante advém do facto de ser necessária uma ligação entre as práticas particulares de comunicação e as expectativas específicas de colaboração e melhorias nos processos de trabalho. Peritos sugerem que um trabalho de equipa eficaz requer competências como a comunicação, a liderança e a adaptabilidade, e que existe atualmente uma falta de compreensão dos processos que relacionam os comportamentos de comunicação com a melhoria de cuidados (Lingard et al, 2006: 472).

Um trabalho de equipa eficaz tem um contributo importante na segurança dos cuidados de saúde. Ao contrário, uma comunicação pobre entre os membros da equipa favorece o aparecimento do erro. A natureza interdependente de uma equipa de saúde requer que

haja um alto nível de compreensão entre os seus membros acerca dos respetivos papéis, missão e objetivos durante todo o processo de cuidados. Undre et al (2006: 183) afirmam, recorrendo a alguns estudos científicos, que *“quanto mais os membros de uma equipa conhecem e compreendem acerca do papel de cada um, mais consciência têm acerca das funções e objectivos dos outros. Este conhecimento e compreensão partilhados facilitam, por sua vez, a coordenação e cooperação através do processo de equipa.”* Os mesmos autores citam (Orasanu & Salas 1993; Stout et al. 1999; Mathieu et al. 2000) para afirmarem que para que uma equipa funcione eficientemente, deve adotar um “modelo mental” das suas funções, objetivos, significados e ambiente. Os profissionais de saúde contribuem para a recuperação da autonomia através do apoio e informação fornecidas, avaliando as necessidades e muitas vezes decidindo pelo indivíduo (Proot et al, 2000:268).

Quisemos saber qual a perceção que os participantes têm acerca da continuidade dos cuidados entre os vários grupos profissionais. Os participantes atribuem contributos distintos para cada categoria profissional. Embora reconhecendo a importância de todos estes grupos, afirmam que os seus contributos são distintos e alguns afirmam que não funcionam conjuntamente.

Dos discursos dos participantes ficou, no nosso entender, que esta noção de continuidade pode ser observada por dois prismas distintos: um em que a continuidade é tida como a satisfação contínua de necessidades presentes: *“E agora acordar e agora almoçar, acho que tem sido sempre assim contínuo. Também felizmente estou lúcida e até sei que comprimidos preciso e que comprimidos é que não preciso.”* (D01HP). O outro, em que esta continuidade é tida como uma continuidade de cuidados destinadas à promoção da autonomia com continuidade de intervenções específicas para esse fim: *“Todos tentam que eu seja autónomo, mas às vezes não da melhor maneira e talvez não funcionem, deviam funcionar mais em conjunto, não tão em separado...”* (D02TO).

Também se percebe, no nosso ponto de vista, que quando abordado sobre o segundo ponto de vista apresentado atrás, os participantes, no geral, consideram aparentemente, que há descontinuidade de cuidados. *“Se não for eu depois pela minha auto iniciativa a fazer o que quer que seja, não há...E também às vezes há uma discrepância...Não há aqui uma linha condutora, equivalente, como o mesmo peso...Agora, eu como leigo que sou, não sei se é o médico que tem razão, embora eu pergunte sempre a opinião médica, não tenho motivos por acaso, enquanto estive, enquanto estou há pouco tempo e não estou aqui para duvidar dos médicos, mas a terapeuta que também está aqui há 20*

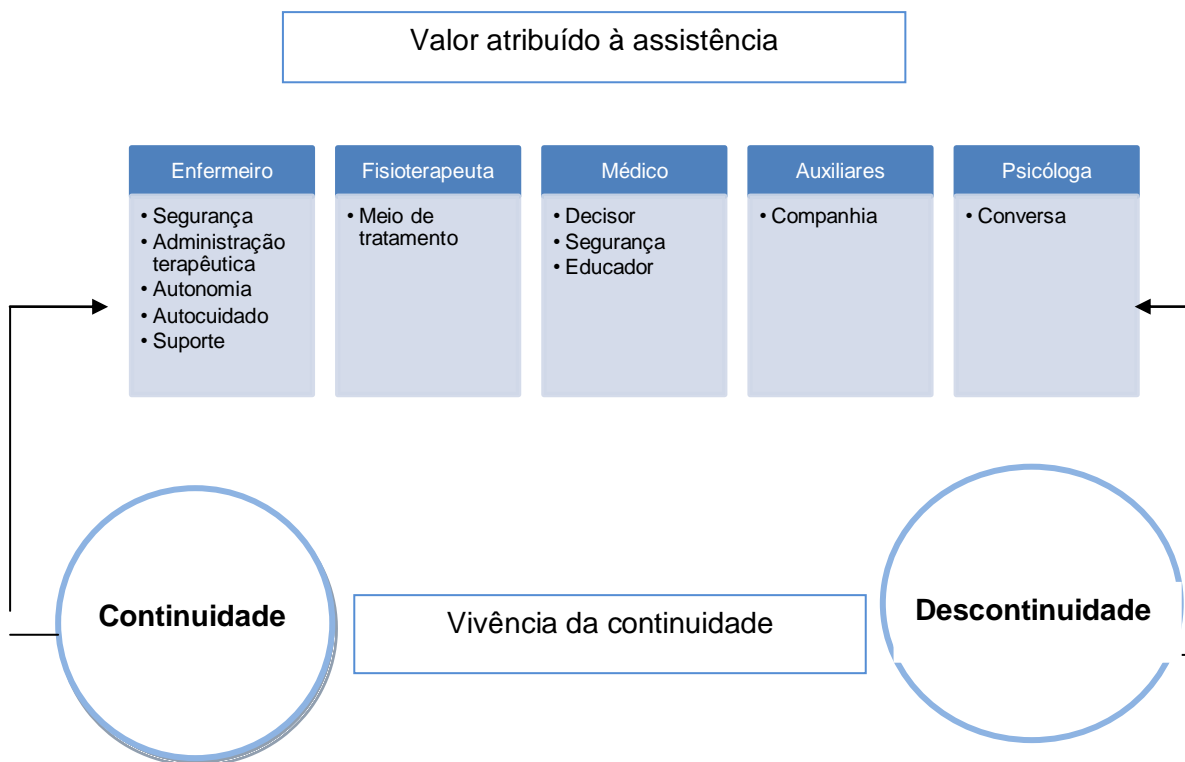
anos...o que eu sei é que estou a ter resultados, isso é que me interessa. Mas não há uma linha condutora, se calhar isso até é bom não é?” (D04HP).

Quadro 6: Perceção quanto à continuidade de cuidados

Categoria	Unidade de registo (exemplos)
Continuidade	“Acho que tem sido sempre contínuo, mesmo depois do jantar deitar. “Ó Sónia desliga o computador?” Não é pronto...se às vezes ...arruma o computador, deita-te, vai apagar a luz e agora já é hora de tomar o leite...” (D01HP).
	“Sim, sim. Há continuidade (na assistência) ” (D01SM).
	“Não. Não... não há quebras (na assistência) ...um ritmo bom.” (D03SM).
	“Também não posso exigir que estejam sempre à minha beira mas quando eu preciso estão.” (D05HP).
Descontinuidade	“Os fisioterapeutas estão lá em baixo, e os outros não, não fazem.” (D02HP).
	“Acho que não há essa concordância entre ambos tocarem a mesma bitola acho que não, acho que não se toca... e até acho que aqui há uma quebra...” “Se não for eu depois pela minha auto iniciativa a fazer o que quer que seja, não há...” (D04HP).
	“Só ando lá em baixo nas barras...Tem de alguém de me ajudar para eu andar. Não tenho tido ninguém...Ninguém me disse que andava comigo e eu não pedi a ninguém...Não tenho tido quem...tenho medo de cair...” (D03HP).

Em síntese a assistência durante um internamento de reabilitação reveste-se de particularidades para os indivíduos que a experienciam, sendo de salientar o valor atribuído à assistência ao percurso vivenciado quanto à continuidade de cuidados, tal como se representa no diagrama que constitui a figura 2.

Figura 2: Diagrama da assistência



Podemos constatar pelos discursos, uma forte atribuição de tarefas e de competências aos enfermeiros e médicos, o que se torna problemático face à organização da assistência destas unidades centradas no trabalho do ginásio.

3.3. A prática de enfermagem

Os cuidados de enfermagem são, em termos filosóficos, formulados com o intuito de promover o controlo individual na tomada de decisão e a autonomia dos indivíduos clientes dos mesmos cuidados (Smith e col., 2006: 36). Assim sendo a enfermagem, através dos seus cuidados, promove e estimula a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade do indivíduo seu cliente pelo seu próprio estado de saúde. Pretende-se que, mais que o alvo passivo dos cuidados, o indivíduo seja participativo na recuperação da sua autonomia.

A Enfermagem “é um serviço humano de saúde direto” (Orem, 2001: 15) “ (...) é uma arte através da qual a enfermeira, o profissional de Enfermagem, presta assistência especializada a pessoas com incapacidade, quando é necessária mais que uma

assistência ordinária, para satisfazer as necessidades diárias de autocuidado e para participar de forma inteligente nos cuidados médicos que estão a receber. A arte de Enfermagem destina-se a “fazer pela” pessoa com incapacidade, a “ajuda-la a fazer por ela mesma” e /ou “ajuda-la a aprender como fazer por si própria”. É praticada para auxiliar as pessoas capazes que são familiares ou amigas do doente a aprender como “fazer pelo doente”. A Enfermagem é uma arte tanto prática como didáctica” (Orem, 2001: 18).

A Enfermagem é um serviço de saúde que um indivíduo qualificado presta a um outro que tem necessidade de ajuda no autocuidado ou no cuidar dependente sempre que essas limitações se relacionem com o seu estado de saúde. *“A Enfermagem é aceite como uma forma de cuidado dos profissionais de saúde. (...) E é usualmente referenciado como numa forma geral como cuidado ao doente ou cuidados de saúde.”* (Orem, 2001: 26). Não pode ser vista sob um ponto de vista único, mas antes sob várias perspetivas (como cuidados prestados por enfermeiras, como um conhecimento específico, como uma arte e profissão ...).

Em concordância com a autora, a Ordem dos Enfermeiros afirma que *“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002: 8). É da responsabilidade da Enfermagem a prevenção da doença, promoção dos processos adaptativos para ultrapassar os deficits que podem passar por processos de aprendizagem por parte do indivíduo, ou grupo de indivíduos, alvo dos seus cuidados. (ibidem).

O conceito de autonomia é amplo e complexo podendo ser aplicado a várias áreas da vida humana. É um conceito de uso frequente no quotidiano de tal forma que o seu verdadeiro significado é desvirtuado. Para Farinatti (2000), citado por Júnior (2006) autonomia só pode ser entendida, inserida em determinado contexto através da sua integração nas suas várias dimensões pelo conhecimento.

Quando falamos da autonomia, afirma Teixeira (2006), devemos focar-nos para além das suas capacidades físicas ou psicológicas, na legitimidade das suas acções *“(...) a pessoa autónoma não age apenas, não controla apenas o que faz, mas estampa a sua autoridade no que faz (...) empresta às suas acções (...) uma legitimidade particular.”* (Teixeira, 2006). Defende ainda que para se ser autónomo torna-se necessária a existência de um contexto social no qual o indivíduo possa, ao mesmo tempo, ser incorporado e nele atuar. Este conceito difere de responsabilidade mas a segunda não existe sem a primeira.

Na perspectiva psicossocial e desenvolvimentista, defende-se que a autonomia é constituída por três dimensões: autonomia emocional, autonomia comportamental e autonomia de valores e entende-a como a *“capacidade que o jovem deve desenvolver no sentido de assumir as suas responsabilidades, ser mais maduro...”* (Preto, 2003). O mesmo autor cita Blos (1985) que define autonomia como um *“processo de auto-regulação cada vez com menor dependência parental, conduzindo a padrões de comportamento regulados por um ego ideal onde se conglomeram partes do self identificadas como partes boas ...permitindo aos adolescentes projectar-se no futuro com confiança”*.

Autonomia também se refere a um dos princípios da bioética. Este princípio fundamenta-se principalmente na filosofia de Kant. Para este *“tratar a humanidade na minha pessoa e na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como um fim, e não simplesmente como um meio”*, é a forma mais correta de se estar no mundo. (Kant, in Clement et al, 1998).

Os participantes do estudo possuem percepções distintas no que se refere à promoção da sua autonomia por parte dos enfermeiros. *“Vão-me tratando (os enfermeiros), forçam-me a comer, fazem tudo para que eu possa ser semi-autónomo...”* (D05TO). Já foi referido neste relatório que os participantes frequentemente associam e atribuem significado idêntico aos conceitos independência e autonomia. No nosso entender a autonomia está diretamente relacionada com o poder de decisão e isso implica que o indivíduo perceçione e consciencialize a sua condição, possua informação para basear a sua decisão e possua os meios que lhe vão permitir implementar as decisões.

A enfermagem possui mecanismos de ajuda que se centram na promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos. Consideramos a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001) um excelente recurso para a promoção da autonomia do indivíduo com deficit no autocuidado. Para a determinação das categorias optamos pela referida Teoria. Assim, os conceitos que representam estas categorias são definidos e inseridos no contexto da mesma. Dessa forma, surgem três categorias correspondentes aos três sistemas de ajuda definidos por Orem (2001).

As respostas às várias perguntas constantes da entrevista formam, na sua globalidade, uma percepção mais exata dessa mesma percepção.

Assim, os discursos apresentados no quadro abaixo são exemplificativos dessa realidade. Os discursos fazem perceber que a ação de enfermagem se centra no

autocuidado e, quer na promoção da autonomia, quer na substituição na realização das atividades do mesmo.

Também se associa aos enfermeiros o carinho e disponibilidade. *“Importância é ...é tudo, eles têm ...para mim tem tudo ...eu preciso de comer, eu preciso de fazer qualquer coisa, eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão ...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêem enfermeiros.”* (D04SM); *“Os enfermeiros têm uma continuidade, e essa continuidade...a confiança é muito importante, o laço de confiança e de humanidade que existe entre o doente e o enfermeiro, aquele espírito de abertura, aquele diálogo, aquela ...aquela alegria, aquela ...brincar um bocadinho, que eu gosto muito de brincar, acho que é importante...”* (D04HP); *“Quero que eles me ajudem...o máximo possível a ser autónomo.”* (D03SM).

Quadro 7: Perceção do trabalho dos enfermeiros

Categoria	Unidades de registo
Sistema totalmente compensatório	Se eles (os enfermeiros) cá não estivessem o que é que eu não conseguia...Não conseguia fazer aquilo tudo o que me eles fazem. Não tomava banho...” (D05HP)
Sistema parcialmente compensatório	<p>“Sim...se pedem (os enfermeiros), se pedem “bote a mão, pegue nisto...” colaboro...colaborar...pegue nisto, eu pega deite a mão, agora pegue ali, eu pego, eu tento e vou fazendo umas coisas.” (D04SM)</p> <p>“Os enfermeiros ajudam-me a cortar a Carne” (D01HP)</p> <p>“Ah, isso é as enfermeiras... ajudam-me a vestir” (D05SM)</p> <p>“Transferências, ...eu preciso dos enfermeiros, para as transferências, só para as transferências” (D04TO)</p> <p>“Ainda me faz impressão estar a pedir ao enfermeiro para por o soutien ou agarrar o peito e também... tenho quase sempre...quando tenho estado com período estava em casa, era a minha mãe, acho que foi assim mais isso que me fez impressão, as coisas mais íntimas” (D01HP)</p> <p>(Os enfermeiros) “Ajudam-me a deitar, que eu não me posso deitar sozinha, a levantar, têm de me levantar que eu vejo-me ...sozinha.” (D03HP)</p> <p>“Os enfermeiros também fazem, ajudam, põem-me nas cadeiras de rodas para nos irmos para a fisioterapia...” (D03SM)</p> <p>“Por exemplo quando eu me sento na cadeira eles passam-me a t-shirt e fazem com que eu vista, não deixam que eles ajudem e isso ajuda na minha autonomia...sim” (D02TO).</p> <p>“Eu só peço aquilo que eu não consigo fazer. Já pedi a uma enfermeira e não foi muito simpática comigo.” (D01HP)</p> <p>Só peço mesmo porque eu não consigo e acho que aí uma pessoa devia ir ao nosso encontro e não estar ainda com atitudes menos simpáticas.” (D01HP)</p>
Sistema de suporte e ensino	<p>“De darem-nos apoio, de se está alguma coisa que a gente precise e tudo...estão sempre...” (D03TO)</p> <p>“Doente não sabe o que precisa...eles é que sabem, se eu fosse enfermeiro ...” (D05TO).</p> <p>“É muito importante o trabalho deles...ajudam-me a ser autónomo.” (D03SM) “Ah. Todas as vezes...todo o dia ne...principalmente a manhã, eles tentam dar força...sabe?” (D03TO)</p> <p>Para mim os enfermeiros são aqueles que nos acompanham 24 horas.” (D04HP) “Os enfermeiros quando eu tenho uma dúvida, por exemplo na medicação, quando tenho uma dúvida em termos se posso fazer isto, se posso fazer aquilo, e eu questiono e assim ...Eles conseguem ser um elemento para mim tranquilizador, um elemento que ...que inspira confiança, eles inspiram confiança com a sua à vontade e com os seus conhecimentos, e é muito bom, isso, e mais, e estão sempre presentes, principalmente estão sempre presentes...” (D04HP).</p> <p>“...Ensinam, ensinam...Obrigado não mas dizem: olha, tens de melhorar isto ou melhora isto e assim...Pronto tentam a gente fazer por nós...” (D03TO).</p>

A autonomia não é meramente a auto-assertividade ou independência, mas essencialmente pensar e agir segundo princípios que diferem de uma autoridade estabelecida e que todos possam seguir. (Jackson, 2007) A autonomia é a base dos direitos fundamentais do Homem, especificamente dos direitos de personalidade, pressupõe capacidade de agir, capacidade para o exercício dos seus direitos e está sujeita a determinadas condições previstas pela ordem jurídica. (Firmino Filipe in Neves et al in para uma ética da Enfermagem, 2004). A autonomia, olhada sob o ponto de vista do modelo biomédico, é reducionista já que considera que o indivíduo é autónomo quando é independente fisicamente, quando é capaz de agir para satisfazer as suas necessidades, de realizar as suas atividades do dia-a-dia sem ajuda ou com o mínimo de ajuda. O modelo biomédico centra o seu olhar na *“ausência de incapacidades é tratada de forma restritiva relacionada à extensão de tarefas predeterminadas.”* (Júnior et al, 2006).

O conceito de independência é muitas vezes imiscuído com o conceito de autonomia e pode, no senso comum, assumir o mesmo significado. Segundo a Academia de Ciências de Lisboa (2001) este conceito define-se como sendo a *“Qualidade do que goza de autonomia total, qualidade de independente. Qualidade de pessoa que não precisa de ajuda ou dos bens materiais de outras pessoas; diferente de dependente”*. Para o estudo, este conceito vai estar inserido no autocuidado. Os participantes definiram a sua independência, tendo em conta nas capacidades que perderam e que, se recuperadas, lhes permitiriam adquirir o estatuto de “independente”.

A transição de um estado de dependência para um estado de independência é um importante objetivo da reabilitação (Proot et al, 2000: 268). *“Patient's strategies facilitate autonomy: taking responsibility and initiative, using self-care skills, instructing the family, and shared decision-making”* (ibidem: 273), tendo em conta que a autonomia é um conceito mutável com o tempo e com a evolução da condição clínica do indivíduo e, por conseguinte, dos cuidados de reabilitação. O quadro 8 traduz o que, na perceção dos indivíduos, constitui o caminho para a independência.

A independência está muito relacionada, na perceção dos participantes, com a aquisição de competências físicas perdidas e que lhes permitem a realização de várias ações do autocuidado. Sentimentos de segurança e alegria estão associados à sua perceção de independência. Estes são tidos por comparação com capacidades físicas perdidas e que esperam recuperar. *“Não, se eu, se eu for a fazer uma coisa, por exemplo, ir ao carro, andar não posso, votar as pernas, não posso, portanto não me sinto autónomo. Portanto*

tenho que ser auxiliado totalmente.” (D05HP). Mais uma vez autonomia e independência são dois conceitos imiscuídos.

Os conceitos associados às categorias e subcategorias constantes do quadro abaixo foram definidos tendo em conta o que o investigador percebeu dos discursos dos participantes. Existe sempre subjetividade quando conceitos relacionados com sentimentos estão presentes. Pretendemos que estes conceitos sejam o mais próximo possível do que foi percebido pelo investigador, serem os significados para os participantes. Para isso todo o contexto de estudo (incluindo vivências dos participantes, contexto hospitalar, e situação clínica) foram tidas em consideração e foi consultado o dicionário de língua portuguesa disponível *on-line*.

Sentimentos: conceito que diz respeito ao ato ou efeito de sentir e de receber impressões. Inclui a intuição e a percepção, a sensação e sensibilidade do ambiente e das circunstâncias que rodeiam o indivíduo.

Alegria refere-se a uma manifestação de contentamento e júbilo. Satisfação pessoal é entendida como alegria, contentamento e prazer do indivíduo. Segurança entende-se neste contexto como aquilo que serve de base ou apoio, amparo, neste caso mais em termos emocionais e psicológicos.

O conceito “realizar atividades” é entendido como o agir para executar uma atividade, seja ela ou não relacionada com o autocuidado. Movimento diz respeito ao efeito de mover ou mover-se em direção a um determinado fim, neste caso a realização de actividades.

A subcategoria “ajuda de outrem” define-se como o recurso a outra pessoa para auxiliar na realização de determinada atividade que, de outra forma, não seria possível realizar ou cujos efeitos não seriam os pretendidos. “Usar objetos” define-se como o recurso a objetos, incluindo ajudas técnicas, para executar determinada atividade e sem os quais essa estaria seriamente comprometida ou impossibilitada.

Quadro 8: Vivência do caminho para a independência

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Sentimentos	Alegria	“Uma pessoa, ... actos tão triviais do dia-a-dia mas que eu não consigo, para mim isso vai ser uma alegria. (...)” “Para mim, independência estou a associar a alegria... Porque uma pessoa quando está alegre é porque nem se apercebe que faz as coisas de uma maneira tão trivial que saiam naturalmente.” (D04HP)
	Satisfação pessoal	Aquela sensação de acordar de manhã e chegar ao lavatório e pegar naquela água é como viver, como acordar... (D01HP) “Portanto são todas as coisinhas que nos dão uma autonomia e não estarmos dependentes de outros, essas coisas que são um pouco mais íntimas são óptimas.” (D04HP)
	Segurança	“Autónomo quer dizer ser seguro, ser autónomo é dizer eu não preciso disto, eu não preciso daquilo, ou preciso disto, ou preciso daquilo.” (D04SM) “Não porque eu não me sinto autónomo nem independente... não” (D03SM)
Realizar actividades	Movimento	“Era fazer tudo e não estar assim... (risos). Quando me conseguir levantar, quando conseguir saltar, quando conseguir calçar as meias, quando conseguir vestir as calças, quando conseguir caminhar (suspiro) (D04HP) “(…) Fogo... é conseguir mesmo limpar o meu rabo, conseguir fazer assim e lavar a minha cara... (D01HP). “Ah, isso é difícil de dizer. É mais em termos de força e não tanto em termos de movimento.” (D02TO) “...e assim ganho, mobilidade do tronco e mobilidade de braços e tento portanto fazer isso...” (D04HP) “Consigo (quando sou independente) fazer mais coisas” (D03TO) “Acha que posso? Dormir na cama, não faço mais nada... cama, fazer ginástica ... é dormir e ... mais nada.” (D05SM)
	Ajuda de outrem	“Eu acho que, pronto, fisicamente é importante, pois economicamente também é chato, tem-se... precisamos de estar com alguém, agora ser independente (...) (D01HP) “Preciso que me cortem a comida depois consigo comer com uma tala na mão.” (D02TO).
	Usar objectos	“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos... e ainda que com uma bengala poder-me deslocar um bocadinho.” (D05TO)

Espera-se que os indivíduos, clientes da Enfermagem, participem nos seus próprios cuidados. Para que tal suceda, é necessário que a enfermagem os informe e instrua de tal forma que possa tomar decisões autónomas em relação ao seu próprio cuidado. A participação ativa nos cuidados melhora a adesão ao regime terapêutico e promove a satisfação pessoal e o estado de saúde. (Larsson, 2007:313). Os mesmos autores, no seu estudo, verificaram que os indivíduos atribuem especial importância ao tempo passado com a enfermagem pois é a base para a criação de uma relação de confiança e de partilha de informação.

O tempo disponível, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte do indivíduo e mesmo por parte dos seus familiares, para a realização de atividades, conduzem a uma autonomia progressiva e influenciam-na (Proot et al, 2000:273). A atenção dispensada a cada um deve ser individual e a ele destinada. Atividades de laser e atividades como o cuidar da higiene pessoal e arranjar-se, que não são “tratamentos”,

devem merecer o mesmo nível de atenção por parte dos profissionais de saúde, sob pena de se poder atrasar a promoção na autonomia. (ibidem: 274)

Os indivíduos clientes da reabilitação devem transformar-se em “aprendizes autónomos” para potenciar a recuperação da autonomia. Passar tempo de forma autónoma e ter a possibilidade de realizar tarefas e atividades práticas tanto quanto possível são importantes na recuperação. (Proot et al, 2000:274). Para que isto seja possível é necessário que o tempo de que dispõem para realizar as atividades, incluindo as de autocuidado, é crucial.

A adequação do tempo para a prestação de cuidados influencia os resultados dos mesmos, sendo que a adequação do tempo disponível, especificamente nos cuidados independentes, demonstrou ter resultados positivos. (Doran, et al, 2002).

Questionamos os participantes no estudo quanto ao tempo que dispunham para realizar as tarefas de autocuidado. Exemplos de algumas das respostas estão apresentados no quadro que se segue. É de salientar que alguns participantes responderam afirmativamente quanto a disporem de tempo suficiente, mas afirmaram, em resposta a outras questões, que para realizarem as atividades de autocuidado por si mesmos, teriam de faltar ou chegar atrasados às sessões de fisioterapia ou terapia ocupacional. *“...é claro que de manhã há muito mais pessoas, ao fim do dia também já estão cansados e acho que à tarde são menos enfermeiros mas é assim, não é de manhã pronto há a ginástica toda...”* (D01HP) *“Quebras...Precisamos, por exemplo de mais terapeutas, mais ...porque somos muitos e poucos terapeutas.”* (D03TO)

Por outro lado, participantes referem que são substituídos em atividades que poderiam executar sozinhos ou com ajuda parcial: *“...não é, se me trazem o pequeno-almoço e se eu consigo abrir o pão e se eu consigo abrir açúcar e se eu consigo abrir os comprimidos só demoro é mais tempo é ter o meu tempo que eu preciso para ir aprendendo, para ir fazendo, para tornar-me cada vez mais autónoma. Agora se eles vão lá e fazem-me tudo: abrem-me o pão, põem-me açúcar, abrem-me os comprimidos, deixam ali tudo e depois, eu só como, só para poupar tempo...”* (D01HP).

As categorias constantes do quadro 9 são definidas como o recurso temporal de que os indivíduos dispõem para realizar atividades de autocuidado. Estas podem ser dificultadas pela condição física e trazer consigo sentimentos de frustração e ira que poderão ser um obstáculo para o indivíduo. Como é o exemplo dos discursos: *“Eu acho difícil, para mim é, colocar bem o soutien, e pôr bem o peito...”* (D01HP)

“...é eu não conseguir por exemplo vestir dos pé para cima, isso preocupa-me muito... Chateia mesmo, chateia...de momento é...” (D04HP)

“...uma vez em Alcoitão quando estava a tentar passar da posição de deitado para sentado e não consegui, isso irritou-me.” (D02TO)

“As vezes uma pessoa querer puxar a roupa para cima e não conseguir ser difícil, é difícil...uma pessoa não consegue pegar com as mãos, por causa disso, uma pessoa não consegue pegar com as mãos, torna-se muito difícil.” (D03SM)

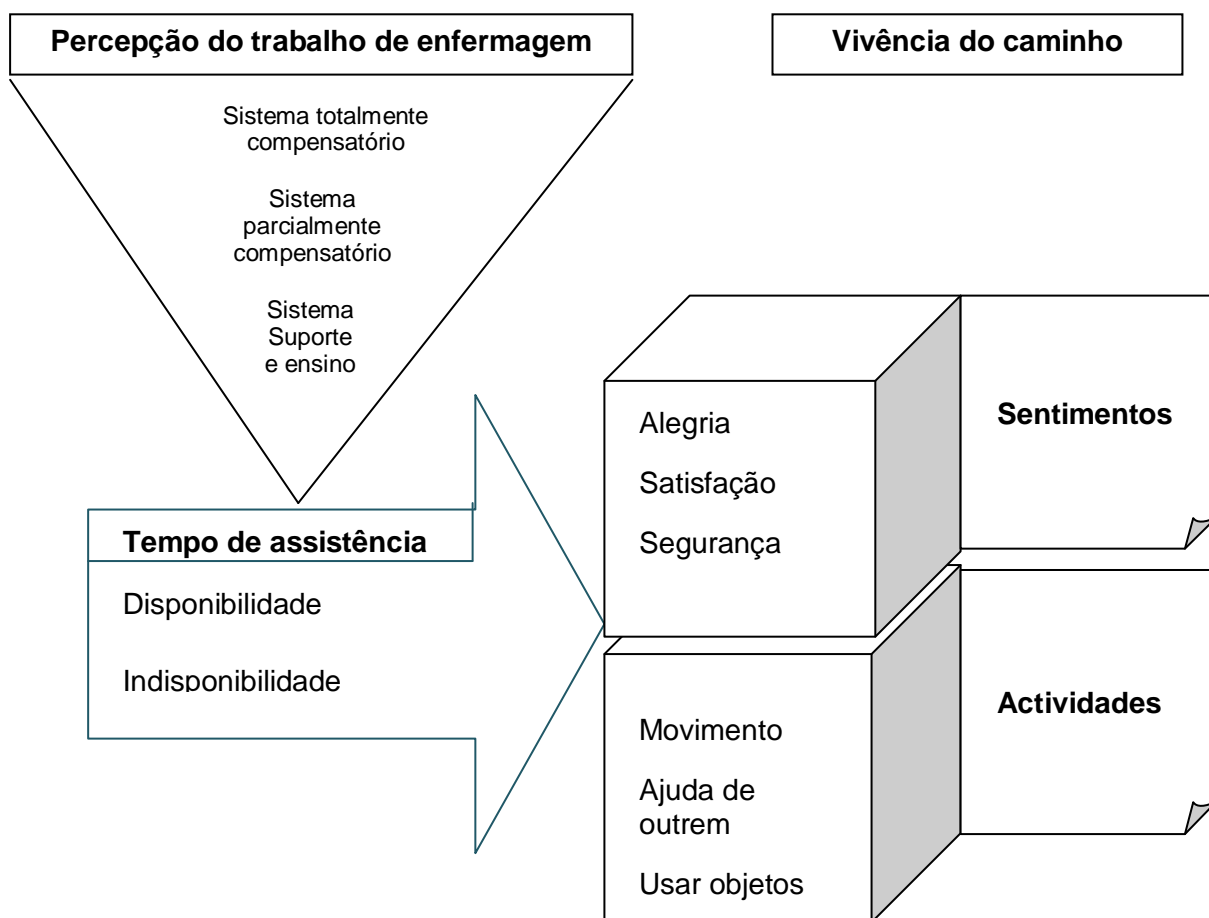
“Ah, varias coisas, até para ir ao armário buscar qualquer coisa ...é difícil... porque a cadeira não cabe, ou porque não consigo pôr-me...pôr-me bem para conseguir...” (D01SM).

Dado o valor atribuído às atividades de enfermagem, procuramos ler nos discursos as implicações práticas na enfermagem e evidenciar a percepção que têm sobre o seu trabalho, o caminho que percorrem para a independência e o tempo de assistência expresso no quadro que se segue.

Quadro 9: Tempo de assitência

Categoria	Unidades de registo (exemplos)
Disponibilidade	<i>“Sim, sim, não exigem pressa, não.” (D04HP)</i> <i>Ah sim...sim... (dão-me tempo para realizar as coisas ao meu ritmo)” (D02TO)</i> <i>“Dão-me tempo, não me apressam, deixam-me fazer devagarinho” (D05SM)</i> <i>“Não, não apressam... (dão-me tempo) ” (D03TO)</i> <i>“Deixam, deixam, não me apressam, o que é que começo já tarde e acabo tarde...” (D02HP)</i>
Indisponibilidade	<i>“Já está, já está?” Nunca há tempo para ser eu a fazer as coisas ...pronto para comer ou mesmo para tomar banho tem de ser sempre rápido...eu queria mais tempo para ir aprendendo e ir fazendo sozinha.” (D01HP)</i> <i>“Uma vez por dia vou à terapia ocupacional, mas agora nem vou porque tenho-me levantado tarde e como eu quero fazer tudo sozinha não me dá tempo.” (D02HP)</i>

Figura 3: um olhar sobre a enfermagem.



Dos discursos emerge que os participantes identificam formas diferentes de intervenções de enfermagem a que, numa aproximação ao modelo de Orem, identificam com os três Sistemas de ajuda. Atribuem aqui, por parte dos enfermeiros competências e características ligadas ao tempo para a passagem na sua transição, de disponibilidade e indisponibilidade e vivenciam estes acontecimentos com sentimentos (alegria, satisfação e segurança) que se transmitem nas especificidades de atividades como sejam o movimento, a ajuda e o uso de objetos.

Terminado o capítulo dos achados dos discursos, onde a análise de conteúdo, em períodos diferentes de tempo, para nos imbuir do real sentido do discurso, leva-nos a questionar como percebe o indivíduo internado num serviço de Medicina Física e Reabilitação, dependente no autocuidado, a articulação das intervenções dos vários profissionais de saúde para responderem às suas necessidades de saúde e autocuidado?

No início da pesquisa e agora no encaminhamento para uma discussão dos achados para o que outros autores e estudos nos referem na aproximação do problema. As

evidências dos discursos demonstram com pouca clareza se os indivíduos sentem o que se pretende teoricamente com esta assistência.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os achados por si só limitam as conclusões pelo que os iremos discutir com outros autores.

A percepção dos indivíduos quanto à sua dependência no autocuidado é de que esta é tida como parcelar, isto é, os indivíduos não perspectivam o autocuidado de uma forma global mas sim particular, atribuindo dependência parcial ou total, ou mesmo independência relativamente a atividades de autocuidado específicas: “*Só a virar-me (o faço sozinho)* ” (D04SM); “*Sim, à noite por exemplo, se vou à casa de banho preciso que me ajudem a ir e sentar na cadeira...acho que não me seguro, não consigo.*” (D02HP). Esta visão parcelar poderá justificar-se pela incapacidade física que o indivíduo apresenta. Expressões como “*Já consigo fazer as transferências, quando preciso de ir ao quarto de banho já vou sozinha, levanto-me sozinha, limpo-me sozinha, sento-me sozinha*” (D01HP), traduzem percepção de autonomia relativamente a aspetos particulares do autocuidado ou a autocuidados específicos.

Um estudo de Doan et al (2012) afirma que quanto maior é a incapacidade, maior a necessidade de assistência por parte de outrem e menor é a qualidade de vida, segundo a percepção do indivíduo com incapacidade. “*Bioethics has emphasized the importance of the patient’s point of view in health care decisions through its call to respect patient autonomy*” (Chang et al, 2011:101). A qualidade de vida relacionada com o estado de saúde está associada a um amplo leque de percepções individuais. Estas estão dependentes de fatores culturais, sistemas de valores, objetivos pessoais, expectativas e preocupações. (Carod-artal, et al, 2009). A incapacidade e estado funcional têm, segundo os mesmos autores, um papel importante na percepção da qualidade de vida.

A autonomia é considerada por Matsui e Capezuti (2007) essencial para uma percepção positiva de qualidade de vida. A autonomia implica a capacidade de efetuar escolhas livres relativamente aos aspetos da sua vida individual, incluindo comportamentos tal como o autocuidado. Um estudo conduzido por Olson et al. (1997) e referenciado por DeSouza (2002) concluiu que das maiores dificuldades físicas percecionadas pelos participantes eram a falta de independência e o *deficit* no autocuidado. O mesmo autor refere outro estudo de 1994, de Williams et al, em que as maiores dificuldades percecionadas foram relacionadas com a imobilidade, a dificuldade em vestir-se, incapacidade para realizar as atividades habituais, sentimentos de dependência, usar o sanitário, entre outros.

Os participantes também percebem a sua autonomia de uma forma mais global relativamente ao autocuidado, como por exemplo: *“Tomo banho sozinha, visto-me sozinha, como sozinha...faço praticamente tudo sozinha”* (D04TO).

Estudos realizados por alguns autores referenciados por Matsui e Capezuti (2007) afirmam que a percepção da autonomia é influenciada quer pelo apoio social que se possui, quer pela capacidade funcional que se detém. Os mesmos autores afirmam também que a autonomia percebida é influenciada pelos recursos internos ou externos no que diz respeito ao autocuidado. Definem como recursos internos a idade, capacidade funcional e raça; e como recursos externos o suporte social, os serviços comunitários de apoio e a satisfação com esses mesmos serviços. A capacidade funcional está, segundo o estudo destes autores, diretamente relacionada com a percepção da autonomia. Aparentemente no nosso estudo, os indivíduos com mais recursos formativos apresentam uma visão mais crítica em relação à sua dependência no autocuidado, o mesmo acontecendo para os indivíduos nas duas faixas etárias mais baixas.

O indivíduo perceciona a transição para a sua dependência no autocuidado em termos de capacidades físicas perdidas, ou seja, é a integridade física que lhes permite a realização de atividades de autocuidado. Por conseguinte, recuperando a capacidade física recuperam a sua independência para o autocuidado. Desta forma os indivíduos veem na fisioterapia um momento importante do dia e um aspecto importante da sua reabilitação, pois consideram que esta é o seu passaporte para a independência.

Christiansen, citado por Schier et Chan (2007:57) afirma que *“se a nossa identidade é criada por aquilo que fazemos e como o fazemos, então, qualquer ameaça à nossa capacidade de nos envolvermos nas nossas ocupações e apresentarmo-nos como pessoas capazes, é uma ameaça à nossa identidade”*. Os mesmos autores afirmam que as lesões físicas privam o indivíduo da capacidade de realizar atividades como o autocuidado e, por isso, vão causar alterações de papéis, quer no próprio indivíduo, quer na pessoa significativa (prestador de cuidados). Patel et al (2007) afirmam que os participantes do seu estudo percebem que as limitações físicas constituem uma barreira à realização de trabalho físico (como é o caso da reabilitação e das atividades de autocuidado) atrasando dessa forma a recuperação da condição anterior. *“É pronto despir, vestir... fazer as coisas diárias que as pessoas pensam que é tão fácil calçar umas meias, tão fácil...então? As tuas sapatilhas?”* (D01HP)

Os participantes no estudo associam à independência, sentimentos e alegria, satisfação e segurança, assim como a realização de atividades, quer porque os seus movimentos o permitem, quer porque recorrem ao uso de objetos como as ajudas técnicas, quer porque

uma outra pessoa os auxilia. Os discursos apresentados refletem o aspeto da necessidade de segurança em que a enfermagem é fornecedora: *“Tem horas que nós, pelo facto de estarmos muito tempo, se sentimos em baixo, eu acho que nesse dia nós precisamos de alguém para conversar só.”* (D04TO).

Num estudo de Huber et al (2010) afirma-se que o objetivo da reabilitação não deverá ser só a diminuição da incapacidade física mas deve também ter em consideração o estado subjetivo de bem-estar do indivíduo. Assim, o conceito de qualidade de vida fica intimamente ligado à reabilitação. Ainda no mesmo estudo se afirma que cada indivíduo se rege por uma padronização interna e subjetiva que define para si próprio a perceção de bem-estar relacionada com as atividades de vida, onde se podem incluir as atividades de autocuidado.

Os profissionais de saúde devem agir mediante o que Huber (2010) define como a mesma padronização interna de cada indivíduo, em que irá existir aquilo que considera significativo para a sua qualidade de vida e que também influencia o seu envolvimento nas atividades propostas para a independência no autocuidado. A satisfação é importante para o envolvimento e avaliação das atividades que desenvolve.

A perceção do indivíduo quanto à efetividade dos cuidados de enfermagem no sentido da promoção da sua independência no autocuidado, é vista como importante na globalidade dos indivíduos participantes no estudo. Esta importância deve-se à segurança que transmitem, ao suporte que fornecem, à autoridade que detêm devido essencialmente à sua formação académica e no contributo para a promoção da sua autonomia. *“...dos enfermeiros temos tudo...o que a gente queira deles...”* (D03TO).

Cuidar é um conceito intangível, abstrato, ambíguo e invisível o que faz com que a Enfermagem seja por muitos considerada a profissão invisível. (Chiovitti, 2008). DeSouza (2002) afirma que se espera dos cuidados de enfermagem a ajuda para os cuidados de higiene, a criação de ambientes acolhedores, colmatar *deficits* fisiológicos, quer através do incentivo a corretos hábitos de vida (como a alimentação), quer através da administração de medicação ou técnicas. Também se espera dos cuidados de enfermagem auxílio nos posicionamentos e promoção do conforto.

Também, segundo DeSouza (2002), espera-se dos enfermeiros informação, conforto psicológico, segurança e que sirvam de ponte de comunicação dentro do seio da equipa de saúde. O mesmo autor reforça esta ideia referindo-se a três estudos elaborados por Fosbinder (1994), Milburn (1995) e Parsons (1993) que concluíram que *“the patients expectations of nursing activities were healthy nurse patient interaction, expressions of*

concern, kindness, consideration, confidence and being trustworthy, reassurance of presence, explanation, instruction on treatment and care, discussion and information, knowledgeable about the condition, reassurance of their perception and comfortable environment, attention to physical comfort, psychological care, professional demeanour.” (DeSousa, 2002: 218). O mesmo autor refere-se a Hurst (1985) que concluiu que as expectativas quanto aos cuidados de enfermagem num hospital se prendem com a presença de uma atitude positiva, cuidados individualizados, auxílio na deambulação e eliminação, educação para a saúde, informação respeitante ao funcionamento do internamento, facilitação de visitas e promoção de um ambiente confortável.

Estes estudos vêm de encontro ao referido pelos nossos participantes que enfatizaram estes mesmos aspectos. *“Então afinal vou conseguir, deixa-me agarrar ali, o médico disse que sim e a enfermeira e a terapeuta que também tinha um aviso um bocadinho pessimista agora já tem outro, portanto eu contribuo muito para não ir ao encontro das ideias negativas.”* (D04HP)

Cuidar em enfermagem requer disponibilidade de tempo para que os cuidados surtam os objetivos pretendidos. No caso dos participantes do nosso estudo este objectivo é a promoção da autonomia no autocuidado. Para os indivíduos do estudo, o tempo que possuem para a realização das atividades de autocuidado é, na generalidade, considerado suficiente. No entanto, fica-nos a dúvida acerca desta questão: em resposta a outras questões os mesmos indivíduos afirmarem que por fazerem ao seu ritmo as atividades de autocuidado não podiam frequentar os tratamentos porque não conseguiam fazê-lo dentro do timing necessário para tal. Por outro lado ficou-nos a dúvida se, durante a realização destas atividades os indivíduos eram apoiados por um profissional de enfermagem.

Portillo e cowley (2010) afirmam que a enfermagem habitualmente despende mais tempo em estabelecer uma relação de proximidade com o indivíduo e família para determinar necessidades, do que propriamente em atividades específicas de reabilitação. A enfermagem tem de ver-se como consultora e treinadora (Portillo e Cowley, 2010) e, no nosso entender, este aspeto requer tempo junto do indivíduo. A falta de tempo é um dos contribuintes para a não existência de cuidados holísticos em serviços de internamento, especificamente em reabilitação.

A percepção do indivíduo quanto à existência de uma continuidade de cuidados entre os vários grupos profissionais na promoção da sua independência no auto cuidado, é distinta. Para uns participantes o cuidar para a sua independência é contínuo enquanto para outro isto não acontece considerando mesmo a existência de quebras e uma não

comunicação. Entre os que consideram continuidade de cuidados pareceu-nos que se relacionava com o permanente acompanhamento que lhes garante a satisfação das suas necessidades mais imediatas. Esta é uma questão que o investigador poderia ter esclarecido mas que, à altura da colheita de dados, receou influenciar a opinião dos participantes. *“Todos tentam que eu seja autónomo, mas às vezes não da melhor maneira e talvez não funcionem...”* (D02TO).

Os indivíduos participantes do estudo reconhecem a existência de grupos profissionais distintos na assistência para a sua autonomia no autocuidado. *“Bem, cada qual no seu lugar...”* (D05HP). Reconhecem que cada grupo profissional possui uma função distinta. Reconhecem o médico como educador, decisor e, à semelhança da enfermagem, um bastião de segurança. A fisioterapia é tida essencialmente como exercício físico e o terapeuta é tido como sabedor da sua “arte”. A psicóloga é alguém a quem recorrem para um apoio mais profissional quando precisam de “conversar”. O auxiliar de ação médica é importante pela sua presença. Embora possuam funções indiferenciadas fornecem apoio importante na realização das actividades do dia-a-dia.

Existe uma relação positiva entre a continuidade de cuidados e o envolvimento dos indivíduos no processo de reabilitação. A continuidade de cuidados é tida como elemento chave na segurança dos cuidados prestados, pelo que é essencial a existência de uma boa comunicação entre os vários profissionais e o indivíduo.

Por outro lado ao sentir a segurança há um maior envolvimento do indivíduo no processo (Helleso et al, 2004). *“(…) findings provide insight into the patient perspective on recent policy shifts, aspects of which (fragmentation of services resulting from increasing specialisation, a confusing multiplicity of new professional roles and commissioning of ‘packages of care’) can make the boundary seem more impenetrable and make self-care more difficult. Flexible access to professional care implies services delivered in a timely manner by an appropriate professional at a suitable location and recognises that different modes of consultation will fulfil different needs”* (Kielmann et al, 2010: 60). O discurso deste participante vai de encontro ao que tem sido dito: *“Os fisioterapeutas estão lá em baixo, e os outros não, não fazem.”* (D02HP). Aqui o participante identifica uma barreira não só funcional mas também física sentindo uma rotura nos cuidados.

Os indivíduos percebem as práticas dos enfermeiros face à promoção da sua autonomia no autocuidado no sentido do suporte, do ensino e da colaboração nas atividades de autocuidado. Esta ajuda, que pode ser total ou parcialmente compensatória, é diferenciada pelo que tem por base a promoção da autonomia no autocuidado. O indivíduo identifica as ações dos enfermeiros que determinam a sua independência,

através do suporte e ensino quando afirmam que estes possuem conhecimentos para promover esta autonomia, pois sem os conhecimentos adequados os indivíduos não podem decidir autonomamente. Proot et al (2000) afirmam que a autonomia tem três dimensões: a autodeterminação, a independência e o autocuidado. A primeira diz respeito às livres escolhas e tomadas de decisões, a segunda diz respeito ao planeamento de toda a sua vida, em todas as suas dimensões e o autocuidado refere-se às capacidades físicas e comportamentais para manter-se em funcionamento.

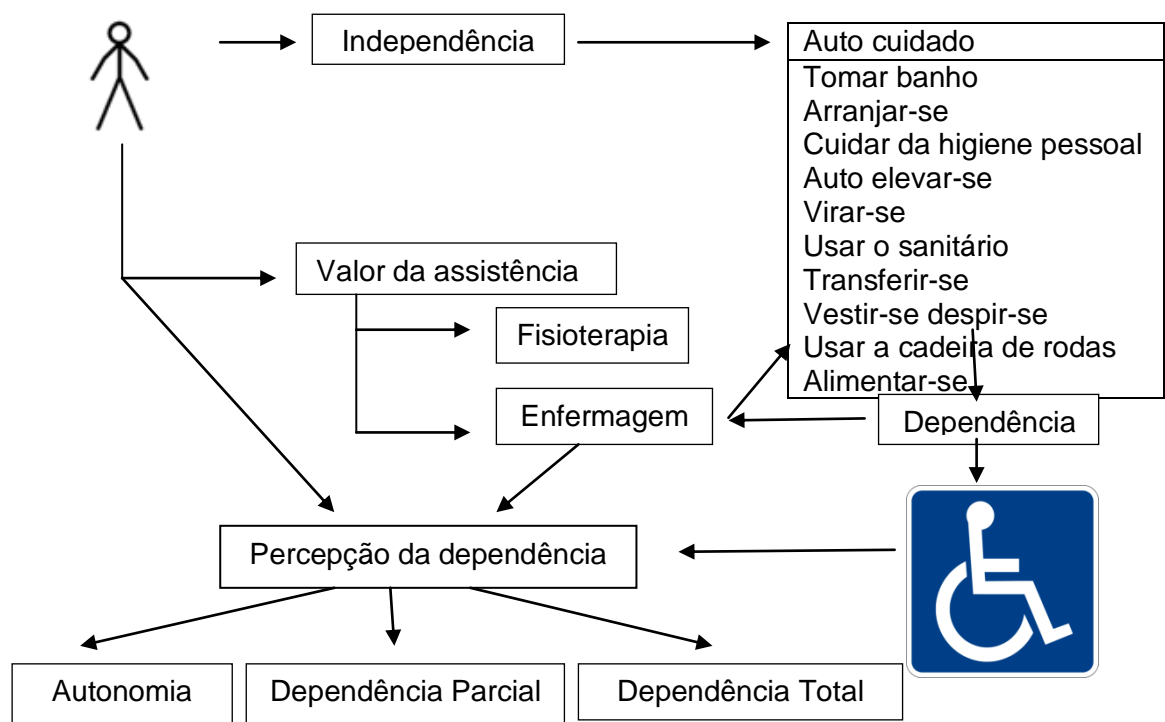
Um estudo de Hjaltadottir e Gustafsdottir (2007) afirma que os indivíduos consideram importante manter a sua saúde e as capacidades físicas e como tal consideram importante os cuidados da enfermagem, assim como os da fisioterapia (para as capacidades físicas). O mesmo estudo refere que o sentimento de segurança fornecido pela enfermagem era o aspecto mais importante para os seus participantes.

A enfermagem para ser de qualidade deve ter em consideração os sentimentos e vulnerabilidades dos indivíduos e *“To realize these characteristics, good nurses must express certain crucial personal attributes, such as cheerfulness, readiness to smile, kindness, warmth, gentleness, consideration, sympathy, compassion, empathy, sensitivity, hopefulness, a sense of humour, courtesy and approachableness.”* (Rchaidia et al,2009:537). O discurso seguinte reflete uma necessidade de cuidados mas também de proximidade que é, aparentemente, conseguida pela enfermagem. *“Importância é ...é tudo, eles têm ...para mim tem tudo ...eu preciso de comer, eu preciso de fazer qualquer coisa, eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão ...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêem enfermeiros.”* (D04SM).

Neste capítulo fizemos a discussão de dados surgida pela análise de conteúdo ao discurso dos participantes. As percepções dos participantes quanto à sua independência estão relacionadas com o autocuidado em geral. Os participantes ressaltam a enfermagem como promotora da autonomia no autocuidado, contribuindo para a sua percepção da dependência, sendo um forte e importante contribuinte na sua assistência.

A figura 4 retrata as percepções dos indivíduos sobre a sua dependência no autocuidado e como atua a equipa de saúde para promover a sua autonomia na realização de atividades que se destinam a suprir as necessidades de autocuidado. A percepção da dependência está também muito relacionada, no nosso entender, com o andar.

Figura 4: percepção da dependência no autocuidado e contributos da equipa para a autonomia.



Findo este parágrafo onde se fez uma discussão dos dados usando estudos de outros autores que reforçassem os obtidos, passaremos a uma conclusão dos que foi o nosso percurso.

5. CONCLUSÕES

Uma disciplina é uma parte de instrução ou educação, em que um fenómeno é observado segundo uma perspetiva distinta. O âmago da profissão de enfermagem funda-se em três pilares: os princípios e leis que regem os processos de vida, o bem-estar e o ótimo funcionamento dos seres humanos; os padrões de comportamento humano em interação com o ambiente em situações críticas e os processos pelos quais se afeta o estado de saúde (Crowley et Donaldson, 2002: 10/11). A Enfermagem como disciplina está sujeita à mudança que resulta da investigação e tentativa de responder a perguntas que alteram a estrutura da disciplina (ibidem:13)

Este foi um estudo de natureza qualitativa que surgiu da nossa prática clínica, ao constataremos desconhecer o percurso dos indivíduos fora do serviço de internamento. A finalidade seria a de contribuir para a promoção da autonomia no autocuidado através da promoção de uma continuidade de cuidados. Esta continuidade assume para nós, o completo acompanhamento por todos os membros da equipa de reabilitação, de tal forma que o cuidado de um é completado ou complementado pelo outro em concordância com as necessidades e desejos percebidos do indivíduo.

O autocuidado é um comportamento humano, desenvolvido ao longo do seu ciclo vital, com o intuito de preservar o bom funcionamento e o bem-estar. É voluntário e intencional e destina-se ao cuidar de si mesmo ou de pessoas dependentes incapazes de possuir ou realizar tal comportamento. (Orem, 2001). A enfermagem deve estar atenta acerca daquilo que o indivíduo pode aprender e se está ou não preparado para aprender. O indivíduo com características disfuncionais, que se encontra em reabilitação, sob os cuidados dos profissionais de saúde, pretende manter ou restaurar o seu papel familiar, social, profissional e como cidadão. Aceitar que possui disfunção estrutural ou funcional é um passo importante para adaptar o autocuidado à sua situação em particular, assim como envolver-se com a equipa de saúde de forma a encontrarem a melhor solução (Orem, 1985).

Do resultado da pesquisa perceberemos o significado atribuído pelos participantes à sua autonomia e como esta é promovida pelos enfermeiros.

Os participantes no estudo aparentemente atribuem à enfermagem um forte contributo na sua autonomia. Este contributo é essencialmente à custa do suporte em actividades de

autocuidado, suporte emocional e segurança. O ensino e incentivo à autonomia no autocuidado são também contributo dos enfermeiros. Assim, a enfermagem é essencialmente uma fonte de segurança pela sua presença constante, fonte de carinho e apoio, onde se recorre quando se precisa. Aos cuidados de enfermagem está também associada a criação das condições ideais para que os outros profissionais possam atuar, como por exemplo providenciar que o indivíduo chegue ao local dos tratamentos que é, habitualmente, em local distinto do internamento.

Os três Sistemas de Enfermagem estão presentes, embora pareça que o mais dominante seja o “Parcialmente Compensatório” já que, na sua generalidade, todos os participantes reconheceram deficit parcial nos autocuidados. Assim o indivíduo perceciona a dependência para o autocuidado. Este deficit no autocuidado é entendido pelos participantes como resultado da perda de capacidades físicas que precisam de trabalhar para conseguir recuperar. Percebemos que todos os indivíduos, independentemente da idade, sexo e formação, percecionaram dependência no autocuidado. No entanto, os mais jovens (que na generalidade correspondiam aos que possuem um nível formativo mais alto) possuem perspetivas mais críticas em relação à sua assistência no sentido da autonomia no autocuidado.

A reabilitação de um indivíduo dependente do autocuidado é um processo complexo e muitas vezes moroso. Deve ser um trabalho planeado em conjunto por todos os elementos da equipa e requer muito tempo para troca de impressões, reflexão e formulação.

O forte contributo, no que diz respeito à recuperação física, vem da fisioterapia. Esta é a principal responsável pela promoção da independência física. Aparentemente os participantes veem a fisioterapia como o seu passaporte para a independência. Encaram o terapeuta como alguém sabedor mas não decisor. À primeira vista percebe-se que o terapeuta desempenha, sob o ponto de vista do indivíduo, o papel de “personal trainer”.

O médico é tido como decisor e fonte de segurança a quem recorrem sempre que haja uma necessidade que, segundo os participantes, seja da sua única e exclusiva responsabilidade resolver. É o médico que toma decisões. Aos enfermeiros reconhece-se a competência técnica que faculta a segurança na permanência no internamento. Os discursos dos participantes fazem perceber que recorrem ao psicólogo quando sentem necessidade e fazem-no através do médico. Aos auxiliares de ação médica, reconhece-se a sua colaboração nas atividades diárias e no companheirismo, fonte de brincadeira e distração.

Sobre a percepção da continuidade nos cuidados no sentido de promover a sua autonomia no autocuidado, aparentemente os indivíduos consideram contínua a assistência no internamento. Parece que esta continuidade está relacionada com a satisfação das necessidades emergentes no momento. Quanto às intervenções destinadas a promover a autonomia no autocuidado aparentemente percebem descontinuidade. Esta é uma questão que, na realidade, não ficou inteiramente esclarecida por faltar aqui algum esclarecimento extra por parte do investigador.

No nosso entender a promoção da autonomia no autocuidado prende-se também com o tempo que o indivíduo tem disponível para reaprender, realizar e treinar as atividades destinadas ao autocuidado. Como já referimos, esse é um processo que pode ser moroso e cansativo e requer um acompanhamento permanente da enfermagem, assim como disponibilidade de todos os intervenientes.

A percepção dos indivíduos quanto à disponibilidade ou não deste recurso, ficou determinada de forma ambígua, uma vez que mesmo participantes que responderam afirmativamente à pergunta, em perguntas distintas afirmaram não conseguirem conciliar o seu ritmo com os horários de tratamento já pré-estabelecidos. Consideramos que o facto de não haver concordância entre o ritmo individual e o calendário de tratamento constitui por si só uma limitação no tempo que pode não ter sido percecionada desta forma pelo participante.

Quanto aos elos de ligação entre os membros da equipa no sentido da autonomia, percebeu-se que a existência das figuras “consulta de grupo” e “visita médica” é vista como o momento de partilha de informação. A informação escrita é feita essencialmente por médicos e enfermeiros. O cariz desta informação não foi confirmado pelo investigador, tendo em conta que a metodologia foi a partir dos discursos do indivíduo internado e não de profissionais ou outro meio.

De uma forma global pensamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos. De salientar no entanto algumas limitações:

- ...do problema em estudo afetar a perspetiva do indivíduo.
- O limitado número de participantes: este ficou a dever-se ao facto de que, na altura da colheita de dados, só este número de indivíduos respeitou os critérios pré-estabelecidos.
- a inesperienza do investigador neste tipo de estudo foi uma dificuldade no esclarecimento de alguns pontos.

- obstáculos completamente alheios ao investigador levaram a um prolongamento excessivo quer na recolha de dados quer na elaboração e conclusão do relatório.

Face ao término da pesquisa, sugerimos que, embora os participantes do estudo tenham percebido dependência no autocuidado e que, aparentemente a mesma se deve à incapacidade surgida durante este processo de transição, esta não relaciona as atividades de autocuidado como um possível treino de capacidades físicas e vice-versa. Assim, sugeríamos formação para todos os elementos da equipa de modo a que esta ligação intrínseca fosse explicada e reforçada aos indivíduos e profissionais com o intuito de otimizar resultados. Sugeríamos ainda aos contextos onde se desenrolou o estudo, a realização de reuniões de equipa, com todos os intervenientes envolvidos no processo, para, após avaliação e definição de objetivos, se determinar a calendarização das atividades para a recuperação da autonomia. Esta calendarização seria sujeita a revisão periódica consoante a evolução do indivíduo. Reconhecemos que, face aos contextos institucionais, possa ser uma sugestão difícil de colocar em prática, mas acreditamos que possa servir para melhorar cuidados e demonstrar aos indivíduos possíveis melhorias. Poderia servir como forma de ajustar objetivos em que o indivíduo facilmente se aperceberia da sua evolução.

Os limites do estudo levam-nos a sugerir o estudo deste problema numa perspetiva fenomenológica ou etnográfica onde não ficasse limitada a visão do pesquisador às palavras do indivíduo que vivencia o fenómeno, mas também à observação do investigador e aos discursos de vários profissionais. Numa perspetiva diferente, será ainda sugestão o desenvolvimento de uma investigação/ ação num só local de estudo de forma a encontrar as estratégias que garantam a continuidade ...e a qualidade de assistência.

Consideramos importante perceber por que os participantes consideram importante o papel da enfermagem na promoção da sua autonomia no autocuidado, essencialmente através da criação das condições ideais para que toda a equipa possa desempenhar o seu papel. Os participantes sentem a presença contínua dos enfermeiros, de tal forma, que atribuem continuidade aos cuidados da equipa de reabilitação.

6. BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA DE CIENCIAS DE LISBOA – Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea – Edições Verbo, 2001., vol. 1 e 2 .

ANONYMOUS (2006) - Self-care information and knowledge requirements for the New NHS - The British Journal of Healthcare Computing & Information Management; Mar 2006; 23, 2; ProQuest Nursing & Allied Health Source pp. 2 -3.

ARMSTRONG, Alan E (2006) - Towards a strong virtue ethics for nursing practice - Nursing Philosophy 7, pp. 110–124.

BAGLEY, Bruce (2008) – Why teamwork will make or break your practice. Family Practice Management Web site at www.aafp.org/fpm.

BARDIN, Laurence (2008) - Análise de Conteúdo – Edições 70, 2008.

BEHAR-HORENSTEIN, Linda S; GUIN, Peggy; GAMBLE, Kathy; HURLOCK, Glenn; et al (2005) - Improving Patient Care through Patient-Family Education Programs - Hospital Topics; 83, 1; ProQuest Nursing & Allied Health Source; p.. 21.

BELLATO, r; Pasti, MJ; TAKEDA, E (1997) – Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho em Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto.

BOGGATZ T.; DIKJESTRA A., LOHRMANN C. & DASSEN T. (2007) The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 60 (5), pp. 561 – 569.

BLUM, Kay; SHERMAN, Deborah (2010) - Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. Seminars in Oncology Nursing, Volume 26, Issue 4, pp. 243-258.

CAROD-ARTAL, Francisco xavier; TRIZOTTO, Daniele S; CORAL, Luciane; MOREIRA, Clarissa M (2009) - Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. Journal of the Neurological Sciences 284; 63–68.

CARPENITO, Lynda Juall (2004) – Diagnósticos de Enfermagem. Aplicação à prática clínica. 10ª Edição; São Paulo, Artmed Editora.

CEPEDA-VALERY, B; CHEONG, A; LEE, A; YAN, B P (2011) - Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well, International Journal of Cardiology 149, pp. 4–9.

CICUTTO, Lisa; BROOKS, Dina; HENDERSON, Katy (2005) – Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. Patient education and counselling, volume 55, issue 2, pp168- 176.

CLEMENTT, Elisabeth; DEMONQUE, Chantal; HANSEN-LOVE, Laurence; KHAN, Pierre (1999) – Dicionário Prático de Filosofia – 2ª Edição, Lisboa, Edições Terramar.

COOK, Amanda M; PIERCE, Linda L; HICKS, Barbara; STEINER, Victoria (2006) - Self-Care Needs of Caregivers Dealing with Stroke - Journal of Neuroscience Nursing; Feb 2006; 38, 1; ProQuest Nursing & Allied Health Source page. Pp.31 - 36.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA – Lei de Bases 9/89 de 2 de Maio.

CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalinda L (2004) – Prática baseada na Evidência; manual para Enfermeiros – Loures, Lusociência.

CRESWELL, Jonh W. (2009). Research Design – Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. – Third Edition, London, SAGE Publications, Inc.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem (1999) – 3ª Tiragem, Lisboa, Porto e Coimbra, Lidel – Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses,

CORBIN, Juliet; STRAUSS, Anselm – Pesquisa qualitativa – Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada (2008) – 2ª edição, Porto Alegre, Artmed.

COUDEYRE, E; SANSHEZ, K; RANNOU, F; POIRANDEAU, S; M.M LEFEVRE-COLAU (2010) - Impact of self-care programs for lower limb osteoarthritis and influence of patients' beliefs. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 53; 434–450

CUTILLI, Carolyn Crane (2007) - Health Literacy in Geriatric Patients - An Integrative Review of the Literature - Orthopaedic Nursing a January/February 2007 ® Volume 26 a Number 1.

CHANG, Su-Hsien (2009) - Beliefs about Self-Care among Nursing Home Staff and Residents in Taiwan, Geriatric Nursing, Volume 30, Number 2. pp. 90-98.

COSTA, José Santos (2004) – Métodos de prestação de cuidados; Millenium, Revista do ISPV, nº 30, pp. 234-251. Escola superior de Enfermagem de Viseu.

COTTERELL, Phil (2008) - Striving for independence: experiences and needs of service users with life limiting conditions. *Journal of Advanced Nursing* 62(6), pp.665–673.

CUTLER, Carol (2003) - ASSESSING PATIENTS' PERCEPTION OF SELF-CARE AGENCY IN PSYCHIATRIC CARE, *Issues in Mental Health Nursing*, 24. pp199 – 211.

DALTON, Joanne; ABDALLAH, Lisa; CESTARI, Laura, H; FAWCETT, Jacqueline (2004) - Using Existing Healthcare Organization Data from OASIS and MDS for Orem's Self-Care Framework-Based Research. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing: 10-4* (journal article - tables/charts) ISSN: 1081-7700.

DAVIES, Sue (2005) - Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry - Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), pp. 658–671.

DESOUZA, Melba S. (2002) – Effectiveness of nursing interventions in alleviating perceived problems among orthopedic patients. *Journal of Orthopedic Nursing*, volume 6, issue 4, pp. 211 – 219.

DORSEY, Louella (23005) - Spinal Cord Injury Interdisciplinary Education - *JSPN Vol. 10, No. 2, April-June*, pp. 86-89.

DREACHSLIN, Janice L; HUNT, Portia L; SPRAINER, Elaine (2000) - Workforce diversity: implications for the effectiveness of health care delivery teams - *Social Science & Medicine* 50 (2000), pp. 1403 – 1414.

DOAN, Quan V., BRASHEAR, Allison; GILLARD, Patrick J; VARON, Sepideh F; VANDENGURGH, Amanda M; TURKEL, Catherine C; ELOVIC, Elie P. (2012) - Relationship Between Disability and Health-Related Quality of Life and Caregiver Burden in Patients With Upper Limb Poststroke Spasticity. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1934-1482/12. Vol. 4, pp. 4-10,

DORAN, D; HARRISON, M B; LASCHINGER, H; HIRDES, J; RUKHOLM, E; SIDANI, S; HALL, LM; TORANGEAU, AE; CRANLEY, L (2006) – Relation between nursing interventions and outcomes achievement in acute care settings. *Research in nursing and health*, n°29, pp. 61 -70.

DORAN, DI; SIDANI, S; KEATIGS, M; DOIDGE, D (2002) - An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*; 38 (1). pp.29-39.

DUFFIELD, Christine; DIERS, Donna; PALLAS, Linda O'Brien; AISBETT, Chris; ROCHE, Michael; KING, Madeleine; AISBETT, Kate (2011) - Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research* 24, pp. 244 –255
ECCLESTON, Zoe; ECCLESTON, Christopher (2004) – interdisciplinary management of adolescent chronic pain: developing the role of physiotherapy. *Physiotherapy*, volume 90, pp.77- 81.

FAWCETT, Jacqueline (2003) - Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Actual and Potential Sources for Evidence-Based Practice. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*; 11 (1). pp 11-6 (journal article - forms, tables/charts) ISSN: 1081-7700.

FAWCETT, Jacqueline; SOWYER, Barbara (2008) - Evolution and Use of Formal Nursing Knowledge. In: *Advancing Your Career: Concepts of Professional Nursing.*; F.A. Davis

FAWCETT, Jacqueline (2002) - Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Actual and Potential Sources for Evidence-Based Practice - keynote address presented at the 7th International Self-Care Deficit Nursing Theory Conference, Atlanta, Georgia, and November 1, 2002, pp. 11 – 16. (*Self-care, Dependent-care, and Nursing* ISSN 1081-7700).

FIRMINO FILIPE (IN VEVES ET AL) (2004) – Para Uma Ética da Enfermagem, Coimbra, Gráfica de Coimbra.

FORTIN, Marie Fabienne (1999) – O processo de Investigação. – Lusociência, 2ª Edição, Loures.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação - Loures, Lusodidacta.

FRIDLUND, Bengt (2002) - The role of the nurse in cardiac rehabilitation programmes - European Society of Cardiology. Published by Elsevier Science B.V. pp 15 – 18.

Company, 2008, 4th ed. 50-81 (book chapter - bibliography, case study, tables/charts) ISBN: 978-0-8036-1827-5.

FINA, Anna De; PERRINO, Sabina (2011) - Introduction: Interviews vs. 'Natural' contexts: A false dilemma. *Language in Society* 40, pp.1 – 11.

GARCÉS, M^a Amparo Benavent; FERRANDIS, Esperanza Ferrer; REY, Cristina Francisco del (2003) – Fundamentos de Enfermaria – 2ª edição, Madrid, Ediciones DAE.

GODFREY, Christina M; Harrison, Margaret B; LYSAGTH, Rosemary; LAMB, Marianne; GRAHAM, Ian D; OAKLEY Patrícia (2011) - Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives - International Journal of Evidence-Based Healthcare; 9, pp. 3– 24.

HAMMOND, Alison (2008)- Rehabilitation in musculoskeletal diseases - Best Practice & Research Clinical Rheumatology, Vol. 22, No. 3, pp. 435–449.

HARTWEG, Donna L. (1991) – Dorothea Orem self-care deficit theory – notes on Nursing Theory; Sage Publications.

HELLESO, Ragnhild; LORENSEN, Margarethe (2005) - Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. International Journal of Nursing Studies. 42 pp.807- 822.

HELLESO, Ragnhild; LORENSEN, Margarethe; SORENSEN, Lena (2004) – Challenging the information gap – the patients transfer from hospital to home health care. International Journal of medical informatics, vol. 73, issues 7- 8, pp. 569- 580.

HENGAMEH, Karimi (2011) - Applying nursing process education in workshop framework. Procedia - Social and Behavioral Sciences 29; pp.561 – 566.

HASELDEN, Karen; POWELL, Theresa; DRINNAN, Mike; CARDING, Paul (2009) - Comparing Health Locus of Control in Patients with Spasmodic Dysphonia, Functional Dysphonia and Nonlaryngeal Dystonia; Journal of voice, vol. 23, nº 6, pp. 699-706.

HESBEEN, Walter (2001) – A Reabilitação, criar novos caminhos – Lusociência, Loures.

HOEMAN, Shirley P., (2000) – Enfermagem de Reabilitação, aplicação e processo – 2ª edição, Loures, Lusociência.

HOY, B; WAGNER, L; HALL, E (2007) - Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. Scand J Caring Sci; 21; 456–466.

HWANG, Huei-Lih; LIN, Huey-Shyan (2004) – Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. Kaohsiung J med science, vol. 20, nº4.

HWANG, Huei-Lih; LIN, Huey-Shyan; TUNG, Ya-Ling; WU, Hui-Ching (2006) – Correlates o perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. International journal of nursing studies, Vol. 43, nº4, pp.429-437.

HJALTADÓTTIR, I; GUSTAFSDÓTTIR, m (2007) - Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. Scand J Caring Sci; 21, pp. 48–55.

HUBER, Jessica G; SILLICK, Jade; SKARAKIS-DOYLE, Elizabeth (2010) - Personal perception and personal factors: incorporating health-related quality of life into the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability and Rehabilitation; 32(23), pp. 1955–1965.

INE; Gonçalves, Cristina (2003) – Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados de Censos 2001; Revista de estudos Demográficos nº 33. Pesquisado no dia 21 de Dezembro de 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006045&contexto=bd&selTab=tab2.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 1.0. Genebra.

JACKSON, Liz (2007) – The individualis? The autonomy of reason in Kant's philosophy and educational vew. – springer science and business media B.V.

JOHANSSON, Peter; OLÉNI, Magnus; FRIDLUND, Bengt (2005) - Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the night nursing care instrument (NNCI), measuring nursing care at night. International Journal of Nursing studies, volume 42, issue 5, pp. 569 – 578.

JUNIOR, Aristides – Autonomia e educação física: uma perspectiva à luz do ideário da promoção da saúde – conexões, Nº 1,2006;

JOHNSTON, Bridget; MCGILL, Maria; MILLIGAN, Stuart; McELROY, Dorethy; FOSTER, Claire; KEARNEY, Nora (2009) - Self care and end of life care in advanced cancer: Literature review. European Journal of Oncology Nursing 13, pp.386 – 398.

KARAOZ, Süreyya (2005) - *Turkish nursing students' perception of caring* - Nurse Education Today, 25, pp.31–40.

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; LOON, Antónia Van (2006) - Transition: a literature review. Journal of Advanced Nursing, Vol 55 (3), pp. 320-329.

KRALIK, Debbie (2009) - Editorial: Transition and chronic illness experience. Journal of Nursing and Healthcare in Chronic Illness, pp. 113-115.

KENDALL, Elizabeth; CATALANO, Tara; KUIPERS, Pim; POSNER, Natasha; BUYS, Nicholas; CHARKER, Jill (2007) – Recovery following stroke: the role of self-management education. *Social science and Medicine*, nº64, pp. 735-746.

KENNEY, Janet W. (2002) - *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice* - 3ªedition.

KENNEDY, Paul; LUDE, Peter; ELFSTROM, Magnus; SMITHSON, Emilie (2011) – Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabilitation*, vol 92.

KIELMANN, Tara; HUBY, Guro; POWELL, Alison; SHEIKH, Aziz; PRICE, David; WILLIAMS, Sian; PINNOCK, Hilay (2010) – from support boundary: a qualitative study of the border between self-care and professional care. *Patient Education and counselling*, volume 79, issue 1, pp. 55 – 61.

LAFTEETY, Joan; RANKIN, Fiona; DUFFY, Celine; KEARNEY, Patricia; DOHERTY, Elaine; McMENAMIN, Mary; COATS, Vivien (2010) - Continuity of care for women with breast cancer: A survey of the views and experiences of patients, carers and health care professionals. *European Journal of Oncology Nursing* xxx; 1- 9.

LARSSON, Inga E; SAHLSTEN, Monika JM; SJOSTROM, B; LIDERCORONA, Catharina, SC; PLOS, Kaety, AE (2007) - Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study - *Scand J Caring Sci*; 21, pp.313–320.

LAZURE, Hélène (1994) – Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira – Lisboa, Lusodidacta.

LEONG, Joyce; MOLASSIOTIS, Alexander; MARSH, Helen (2004) – Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health care beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical effectiveness in nursing*, nº8, pp. 26 -38.

LINGARD, Lorelei; CONN, Lesley Gotlip; RUSSELL, Ann; REEVES, scott; MILLER, Raren-Lee; KENASZCHUK, Chris; ZWARENSTEIN, Merrick (2007)– Interprofessional information work: Innovations in the use of the chart on internal medicine teams - *Journal of Interprofessional Care*, December 2007; 21(6), pp. 657 – 667.

LINGARD, Lorelei; WHYTE, Sarah; ESPIN, Sherry; BAKER, G. Ross; ORSER, Beverley; & DORAN, Diane (2006) - Towards safer interprofessional communication: Constructing a

model of “utility” from preoperative team briefings - Journal of Interprofessional Care; 20(5), pp. 471 – 483.

LOPES, Manuel José (2006) – A relação enfermeiro – doente como intervenção terapêutica – Coimbra, Formasau.

LOPES, José C. dos Reis; SANTOS, Margarida C; MATOS, Maria Salomé D; RIBEIRO, Olivério Paiva; (2009) – Multiculturalidade, perspectiva da Enfermagem, contributos para melhor cuidar – Loures, Lusociência.

MACKICHAN, Fiona; PETERSON, Charlotte; HENLEY, William E; BRITTEN, Nicky (2011) - Self-care in people with long term health problems: a community based survey. BMC Family Practice, pp. 12-53.

MATSUI, Miho; CAPEZUTI, Elizabeth (2008) - Perceived Autonomy and Self-Care Resources among Senior Center Users. Geriatric Nursing, Volume 29, Number 2, pp.141-147.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria (2006) – Fundamentos da metodologia científica – 6ª edição, São Paulo, Editora Atlas.

MANCUSO, Melodee; SMITH, Pamela; ILLIG, Sandra; GRANGER, Carl V; GONZALES, Vera A; LINN, Richard T; OTTENBACHER, Kenneth J (2003) - Satisfaction With Medical Rehabilitation in Patients With Orthopedic Impairment, Arch Phys Med Rehabil Vol 84, pp. 1343 – 1349.

MARTINS, Maria Manuela P. S. (2002) – Uma crise accidental na Família – o doente com AVC, processos familiares/aceitação/dependência – Coimbra, Edições Sinais Vitais.

MCEWEN, Marylyn Morris; BAIRD, Martha; GALLEGOS, Gwen (2007) – Health-Illness Transition Experiences Among Mexican Immigrant Women with diabetes – Fam Community Health, Vol 30, nº3, pp 201 – 212.

MILLER, Julia S; CHARLES-JONES, Huw D; BARRY, Angela; SAUNDERS, Tim (2005) - Multidisciplinary primary care mental health teams: a challenge to communication - Primary Care Mental Health;3, pp 171–80.

MELEIS, Afaf Ibrahim – Theoretical Nursing – Development e Progress (2007)- Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins.

MELEIS, Afaf I; TRANGENSTEIN, Patricia A. (1994) – Facilitating Transitions: Rededinition of the Nursing Mission – Nursing Outlook, vol42, nº 6. pp 255 – 259.

MELEIS, Afaf I; SAWYER, Linda M; IM, EUN-OK; MESSIAS, DeAnne K. H; SHUMACHER, Karen (2000) - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory - Advanced Nursing science 2000; 23 (1), pp 12– 28; Aspen Publishers, Inc.

MOROWATISHARIFABAD, Mohammad A; MOHMOODABAD, Seid, S. M; BAGHIANIMOOGHDAM, Mohammad, H; TONEKABONI, Nooshin R (2010) – relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. International journal of diabetes dev ctris, volume 3, issue1. Pp.27 – 32.

MURRAY, Stuart J (2007) - Care and the self: biotechnology, reproduction, and the good life. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2007, 2:6.

NAUE, Ursula (2008) - 'Self-care without a self': Alzheimer's disease and the concept of personal responsibility for health. Medicine, Health Care and Philosophy, Volume 11, Number 3, pp. 315-324.

NIGHTINGALE, Florence (2005) – Notas sobre Enfermagem – Loures, Lusociência.

O'CONNOR, Susan, M; JARDINE Alan, G; MILLAR, Keith (2008) – The prediction of self-care behaviors in end-stage renal disease patients using Leventhal's self-regulatory model. Journal of psychosomatic research, nº 65, 191.

OMS (2000) - *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*. World Health Organization 2000.

OMS – *World Reporto in Disability – WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011*.
Pesquisado no dia 11 de Março de 2012
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Edição Ordem dos Enfermeiros, Setembro 2002.

OREM, Dorothea E. (2001) – Nursing Concepts of Practice – sixth edition, St Louis, Mosby.

OREM, Dorothea E. (1984) – A concept of self-care for the rehabilitation client – Rehabilitation Nursing May/June 85/35; pp.33-36.

PATEL, Shilpa; GREASLEY, Kay; WATSON, Paul, J. (2007) – Barriers to rehabilitation and the return to work for unemployed chronic pain patients: a qualitative study. *European Journal of pain*, volume 11, issue 8, pp.831- 840.

PEPLAU, Hildegard E. (1990) – *Relaciones interpersonales en Enfermería* – Barcelona, SALVAT Editores.

PRETO, Leonel (2003) – O desenvolvimento da autonomia como factor de adaptação ao Ensino Superior – *Revista Referência* nº 10 – Maio.

PRIBERAN, (<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=enfermagem>)

PROOT, Ireen M; CREBOLDER, Harry, F. J. M; ABU-SAAD, Huda H; MACOR, Ton, H. G. M; TER MEULEN, Ruud, H. J (2000) Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient education and counseling*, volume 41, issue 3, pp.275-283.

PROOT, Ireen M; MEULEN, Ruud HJ; ABU-SAAD, Harry FJM (2007) – Supporting stroke patient' autonomy during rehabilitation - *Nursing Ethics* 2007 14 (2) SAGE Publications.

PROOT, Ireen M; ABU-SAAD, Huda HJ; ESCH-JANSSEN, Wilma P; CREBOLDER, Harry FJM; MEULEN, Ruud, HJ(2000) - Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes; *International Journal of Nursing Studies* 37, pp. 267- 276.

PORTILLO, Carmen; COWLEY, Sarah (2010) - Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp.1731–1743.

PORTUGAL, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 109/80 de 20 de Outubro

PORTUGAL, Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003 – 68 p.

RCHAIDIA, Leila; DIERCKX de CASTERLÉ, Bernardette; BLAESER, Liesbeth; GASTAMANS, Chris (2007) - Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a literature review. *Nursing Ethics* 2009 16 (5).

RILEY, Dana L; SETWART, Donna E; GRACE, Sherry L (2007) – continuity of cardiac care: cardiac rehabilitation participation and other correlates. *International journal of cardiology*, vol. 119, nº3, pp. 326- 333.

RIBEIRO, José Luís Pais, (2004) – Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Revista Análise Psicológica*, 2 (XXII), pp. 387 – 397.

RUKWONG, Pensri; CHIRAWATKUL, Siriporn; MARKOVIC (2007) - Suk-Sam-Bai: The Quality of Life Perceptions Among Middle-Aged Women Living With a Disability in Isaan, Thailand. *Journal of Nursing Research* Vol. 15, nº. 4.

SCHIER, J; CHAN, J (2007) - Changes in Life Roles After Hand Injury. *J HAND THER*;20:57–69.

SCHOELLER, Soraia D; BITENCOURT, Rodolfo, N; LEOPARDI, Maria T; PIRES, Denise P; ZANINI, Maria T (2011). Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Revista. Electrónica de Enfermagem*. [Internet].14(1):95.

SMEENK, Frank, W.J.M; WITTE, Luc, P; NOOYEN, Ingrid, W.C. J; CREBOLDER, Harry, F.J.M (2000) - Effects of transmural care on coordination and continuity of care. *Patient education and counselling*;41, pp. 71- 81.

SILVA, Abel, Paiva (1995) – Registos de enfermagem: da tradição Scripto ao discurso inform – Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em ciencias de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 1995

SMITH, A., S.; KOVACH, C (2006) – Positive gain rethinking the outcomes of dependency – *Journal of gerontological nursing*, May, pp. 37 – 41.

SODERHAMN, O. 2000. Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 7, pp.183 -189.

STREUBERT, Helen et all – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo Humanista*. – Lusociência, 2ª Edição, Loures, 2002.

SOUSA, Paulino A F (2006) – *Sistemas de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde* – 1ª Edição, Coimbra, Formasau.

TEIXEIRA, João (2006) – Inimputabilidade e Imputabilidade Diminuída – considerações sobre a aplicabilidade destas noções em psiquiatria forense (II) *Rev. Saúde Mental*, vol. VIII Nº 5 set/out.

TIMMERMANS, S; FREIDIN, B (2007) - Caretaking as articulation work: The effects of taking up responsibility for a child with asthma on labor force participation. *Social Science & Medicine* 65. 1351–1363.

UNDRE, Shabnam; SEVDALIS, Nick; HEALEY, Andrew N; DARZI, Ara; VINCENT, Charles A; (2006)- Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion?- *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 2, pp. 182–189.

VENES, D (2010) - *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*, 21st ed, May 1, 2010.

WANG, Grace; MCGRATH, Barbara B; WATTS, Carolyn – *Health care transitions among youth with disabilities or special health care needs: an ecological approach* - *Journal of Pediatric Nursing* (2010) 25, pp.505 – 550.

WANG, Kwua-Yun; SUNG, Pei-Yi; YANG, Sheng-Tzu; CHIANG, Chi-Huei; PERNG, Wann-Cherng (2012) - Influence of Family Caregiver Caring Behavior on COPD Patients' Self-Care Behavior in Taiwan. *Respiratory care*, vol 57, nº2, pp.263- 273.

WALSH et al (2012) - ACCF 2012 Health Policy Statement on Patient-Centered Care in Cardiovascular Medicine. *Journal of American College of Cardiology*, Vol. 59, nº 23, 2125-2143.

WALKER, L Olszewski; AVANT, K Coalcon (2005) – *Strategies for Theory construction in Nursing* – fourth edition, New Jersey; Pearson Prentice Hall.

WATSON, Jean (2002) – *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem* – Loures, Lusociência.

WILKINS, Krista Lynn; WOODGATE, Roberta Lynn (2006) - Transition: A Conceptual Analysis in the Context of Siblings of Children with Cancer - *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 21, No 4 (August), pp. 256 – 265.

WHITENECK, Gale; DIJKERS, Marcel (2009) - difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environment factors. *Medical rehabilitation*, volume 90, suppl 1, pp. 22 – 35.

WILKING, Krista L; WOODGATE, Roberta L (2006) - Transition: A Conceptual Analysis in the Context of Siblings of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 21, No 4.

WILKINSON, Amanda; WITHEHEAD, Lisa (2009) - Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review; *International Journal of Nursing Studies* 46, pp. 1143 – 1147.

XANAKIS, Nancy; GOLDBERG, Judith (2010) - The Young Women's Program: A health and wellness model to empower adolescents with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, Volume 3, Issue 2, pp.125-129

ANEXOS

ANEXO 1: Autorização dos conselhos de administração das instituições



Ex.ma Sr.^a Enf.

**Filomena Maria Rodrigues de Sousa
Pinheiro da Mota**

ASSUNTO: Autorização para recolha de dados de Investigação

Braga, 21 de Agosto 2008

Vimos por este meio, informar que foi autorizado pelo Sr Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Marcos a concretização do estudo, sobre "A dependência no autocuidado: Contributos dos cuidados de enfermagem no autocuidado para uma continuidade de cuidados.", no Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Qualquer informação poderá ser solicitada através da Unidade Formativa, (tel: 253 209 169).

Sem outro assunto de momento, queira aceitar os nossos respeitosos cumprimentos.

A Unidade Formativa

Ana Caldas

Ana Caldas



Ministério da Saúde
CMRRC
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

Comissão de Ética para a Saúde

Ex.ma
**Sra. Dra. Filomena Maria Rodrigues de Sousa
Pinheiro da Mota**

Rua Alberto Pimenta, 149 – A, 5º Hab. 2
4470-005 GUEIFÃES – MAIA

Sua referência

Sua comunicação de

Data

28-11-2008

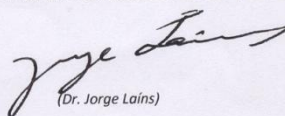
Nossa referência

ASSUNTO: Parecer ao estudo "*A dependência no Autocuidado*"

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, em acordo com o estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, reuniu a 28 de Novembro de 2008, tendo deliberado emitir parecer **favorável** à proposta de estudo sobre a investigação em causa, "*A dependência no Autocuidado*" que pretende efectuar no CMRRC - Rovisco Pais.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


(Dr. Jorge Lains)

Quinta da Fonte Quente • 3060-673 TOCHA • Telef. 231 440 900 • Fax 231 440 901





Ministério da Saúde

CMRRC

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

Comissão de Ética para a Saúde

Ex.ma

**Sra. Dra. Filomena Maria Rodrigues de Sousa
Pinheiro da Mota**

Rua Alberto Pimenta, 149 – A, 5º Hab. 2
4470-005 GUEIFÃES - MAIA

Sua referência

Sua comunicação de

Data

Nossa referência

11-09-2009

ASSUNTO: Parecer ao estudo “*A dependência no auto cuidado. Contributos dos cuidados de enfermagem no auto cuidado para uma continuidade de cuidados*”

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, em acordo com o estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, reuniu a 9 de Setembro de 2009, tendo deliberado emitir parecer **favorável** à proposta de estudo sobre a investigação em causa, “*A dependência no auto cuidado. Contributos dos cuidados de enfermagem no auto cuidado para uma continuidade de cuidados*” que pretende efectuar no CMRRC - Rovisco Pais.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Dr. Jorge Lains)

Quinta da Fonte Quente • 3060-673 TOCHA • Telef. 231 440 900 • Fax 231 440 901





SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO

Ex.mo Senhor
Dr. Joaquim Manuel Machado Faria e Almeida
Dig.mo Vice- Provedor da SCMP e
Presidente do Conselho de Gerência do Hospital da Prelada

*Deu-se autorização
reposta pedida a Santa Casa -
apresenta 25/9/07 do parecer
da Comissão de Ética
PM 30/7/08*

*José Afonso
Consentimento*
*A Reunião do Conselho
de Gerência*

Assunto: Projecto de investigação qualitativa sobre "A dependência no autocuidado"

*Director Clínico
09/09/08*

A Sr^a Enfermeira deste Hospital Filomena Maria Rodrigues Pinheiro da Mota vem solicitar mais uma vez autorização para realizar no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação um estudo sobre "**A dependência no Autocuidado: Contributos dos cuidados de enfermagem no autocuidado para uma continuidade de cuidados**". Considerando que o plano actual do referido estudo difere pela positiva dos planos apresentados em 23-11-2007 e em 1-04-2008, esta Comissão em sua reunião extraordinária está agora em condições de se pronunciar favoravelmente em relação ao referido pedido.

Porém, sugere à Sr^a Enfermeira Filomena Mota que nos formulários do Consentimento Informado seja substituída a designação "Assinatura de quem obteve o consentimento" por "Assinatura da Investigadora" para ser mais coerente com o texto apresentado, assim como, a garantia da anonimização das gravações audio efectuadas aos doentes.

Hospital da Prelada, 23 de Julho de 2008

O Presidente da Comissão de Ética

[Signature]
(Dr. Estevão Samagaio)

ANEXO 2: guia orientador da entrevista

Guião de Entrevista

Esta entrevista insere-se num estudo de investigação e com ela pretende-se colher dados que permitam detectar o que poderá ser aperfeiçoado nos cuidados de Enfermagem no serviço onde se realiza o estudo, para que a promoção da autonomia do doente no auto cuidado seja mais eficaz.

Esta Investigação tem por objectivos:

Compreender o significado que os indivíduos internados no serviço de Medicina Física e Reabilitação dependentes no autocuidado, atribuem à forma como a sua autonomia é promovida, pelos enfermeiros.

Perceber/analisar qual a percepção que o individuo internado tem quanto à sua dependência.

Compreender o significado que a pessoa doente atribui à existência de uma continuidade de cuidados entre os vários profissionais, na promoção da sua autonomia.

Identificar os elos de ligação entre os profissionais para a satisfação global da pessoa internada.

01 - Idade: _____

02 - Sexo: F ☐ M ☐

03 – Dias de internamento: _____

04 – Frequenta o ginásio: sim ☐ não ☐

05 – Frequenta a terapia ocupacional: sim ☐ não ☐

06 – Quais os cuidados em que necessita de ajuda dos enfermeiros?

07 – Quais os cuidados que os enfermeiros lhe prestam e o senhor(a) não colabora? E porquê?

08 – Quais os cuidados que faz sozinho(a)?

09 – Que diferença há entre os cuidados que fazia a si mesmo antes e os que faz agora?

10 – O que é para si ser independente?

11– Aqui no hospital há alturas em que se sente autónomo? Em que situações?

Que contributos dão os vários profissionais para a sua autonomia?

12 – Sente que o seu “trabalho” para alcançar a sua independência é um processo com continuidade durante as 24h? Porquê?

13 - O que é que para si tem mais significado na assistência face à sua doença?

14 – Que participação tem nos cuidados? (dê exemplo) (caso não seja capaz recordar: higiene, alimentação, posicionamentos, deambulação...)

15 – Durante o internamento tem possibilidade de efectuar os seus cuidados no seu tempo? Dê exemplos. Se a resposta é negativa sabe porquê?

16 - Consegue lembrar-se de algum momento positivo, ou que lhe tenha dado satisfação por conseguir alguns avanços na sua autonomia?

17 – Recordar-se de algum momento que quisesse fazer alguma coisa ou cuidado e tenha sido difícil de o fazer? Porquê?

18- Que significado tem para si o trabalho dos enfermeiros? Que tipo de ajuda conta por parte dos Enfermeiros?

19 – Quer-nos dizer ou contar um dia com significado para si durante o internamento?

ANEXO 3: consentimiento informado

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Investigador: Filomena Mota, enfermeira Mestranda da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos em carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Foi-me também explicado o carácter voluntário e confidencial da minha participação assim como da possibilidade de poder vir a desistir do estudo continuando a usufruir dos mesmos cuidados que teria até então. Permito também que o investigador consulte o meu processo clínico no sentido de dele retirar os dados que ache relevantes para o seu estudo. Reconheço ainda que os dados obtidos pelo investigador serão confidenciais e, quando divulgados, sê-lo-ão de forma anónima sem que eu seja de alguma forma identificado através deles.

Pelo presente documento eu ----- aceito integrar este estudo.

Assinatura:-----

Assinatura de quem obteve o consentimento:-----

Data: ---/ ---/ ---

Anexo 4: Formulário de cosentimento para gravação áudio

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE GRAVAÇÃO AUDIO

Investigador: Filomena Mota, Enfermeira, Mestranda da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Tema da investigação: **“A dependência no Autocuidado: Contributos dos cuidados de Enfermagem no autocuidado para uma continuidade de cuidados”**

Declaro que fui informada (o) dos objectivos e finalidades desta investigação

Pelo presente consinto que seja gravada a entrevista que decorrerá para a colheita dos dados. Estou informado do carácter confidencial e anónimo de tudo o que for gravado em formato áudio. Sei ainda que me será facultada a audição da mesma, caso o pretenda, e que na divulgação dos dados de forma alguma serei identificado.

Nome:-----

Assinatura:-----

Assinatura de quem obteve o consentimento:-----

Data:---/---/---

ANEXO 5: carta explicativa do estudo

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO

Título: A dependência no auto cuidado. Contributos dos cuidados de Enfermagem no auto cuidado para uma continuidade de cuidados.

Investigador: Filomena Mota, Enfermeira no piso 4, Telefone: 966165145.

Objectivos do estudo: Com este estudo pretende-se compreender de que forma os indivíduos internados no serviço de Medicina Física e Reabilitação, dependentes no autocuidado, sentem a promoção da sua autonomia, pelos enfermeiros; Perceber qual a percepção que o individuo internado tem quanto à sua dependência; Compreender o significado que o doente atribui à existência de continuidade de cuidados entre os vários profissionais, na promoção da sua autonomia.

Confidencialidade: Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Todo o material audiovisual e escrito será codificado, e uma lista central contendo o nome do doente e o seu código será mantido em local seguro sob a responsabilidade do investigador. Os resultados a apresentar não permitirão a identificação quer do doente quer da instituição onde decorre o estudo. Serão facultados os resultados aos interessados que os solicitarem mas mantendo o anonimato dos envolvidos.

Participação: A escolha de participar ou não no estudo será voluntária. Se decidir não participar no estudo receberá cuidados iguais aos que terão os envolvidos nele. Caso decida participar no estudo, pode a qualquer momento desistir e ter como garantia que receberá sempre os mesmos cuidados.

ANEXO 6: uindade de registo resultantes da análise de conteúdo

Quadro 1: Dependência no autocuidado

Categoria	Unidades de registo
Autonomia no autocuidado	<p>“Lavar os dentes lavo sozinho...” (D02TO)</p> <p>“Visto-me sozinha” (D03TO)</p> <p>“Tomar banho, tomo sozinha” (D03TO)</p> <p>“Sentada na cama e visto-me.” (D02HP)</p> <p>“Pôr-me na cama eu ponho-me.” (D05HP)</p> <p>“Mas eu penso que os desafios a que me têm proposto no dia-a-dia para eu tentar atingir alguns não os consigo todos mas dou o meu melhor para.” (D04HP)</p> <p>“Faço praticamente tudo sozinha” (D04TO)</p> <p>Ah, consigo escrever no computador, consigo estar no computador, as actividades diárias eu praticamente consigo fazer tudo, até a barba consigo fazer.” (D04HP)</p> <p>“Ah! Comer como pela minha mão, e lavo-me a parte da frente toda sozinha.” (D03HP)</p> <p>“Comer como bem...” (D05HP)</p> <p>“Ando na cadeira de rodas sozinho” (D01SM)</p> <p>“Acho que como sozinha.” (D05SM)</p> <p>“Tomo banho sozinha...visto-me sozinha...como sozinha.” (D03TO)</p> <p>“Tomo banho sozinha, visto-me sozinha, como sozinha...faço praticamente tudo sozinha” (D04TO)</p> <p>“...consigo lavar os dentes sozinho e isso já é uma felicidade.” (D02TO)</p> <p>“...lavar os dentes, por creme na cara... consigo lavar os óculos... Consigo ir à internet, consigo mexer no telemóvel” (D01HP)</p> <p>“Consigo lavar a cara e a parte de cima ” (D04SM)</p> <p>“Lavo a cara assim por aqui...” (D05SM)</p> <p>“Já consigo fazer as transferências, quando preciso de ir ao quarto de banho já vou sozinha, levanto-me sozinha, limpo-me sozinha, sento-me sozinha.” (D01HP)</p>

	<p>“Transfiro-me sozinho...” (D05TO)</p> <p>“Mas o ter mais força facilita-me, como nas transferências e assim” (D02TO)</p>
Dependência parcial no autocuidado	<p>“Tenho às vezes...as vezes para virar e assim” (D03TO)</p> <p>“Só às vezes para por a fralda é que não me ajeito” (D03TO)</p> <p>“Pôr-me o urinol, pôr o urinol e dar-me banho e pouco mais...xixi e tomar banho” (D05TO)</p> <p>“Ajudar-me, precisam de me auxiliar” (D03HP)</p> <p>“Eu para já não sou independente” (D03HP)</p> <p>“Preciso que me cortem a comida depois consigo comer com uma tala na mão.” (D02TO)</p> <p>“Preciso de um pouco de ajuda só para arrastamento desta perna para a cadeira e para a casa de banho” (D04 HP)</p> <p>“Como a... com a ...sozinho” (D04SM)</p> <p>“Tudo o que é preciso” (D01HP)</p> <p>“No vestir não. Só na parte de cima é que consigo dar alguma ajuda, na parte de baixo não.” (D02TO)</p> <p>“Sim, sim...fico chateado quando não consigo fazer essa parte, mas tento...” (D04HP)</p> <p>“Eu ajudo tudo o que posso” (D03HP)</p> <p>As transferências quase que já faço sozinho” (D01SM)</p> <p>“Sim...se pedem, se pedem “bote a mão, pegue nisto...” colaboro...colaborar...pegue nisto, eu pega deite a mão, agora pegue ali, eu pego, eu tento e vou fazendo umas coisas.” (D04SM)</p> <p>“Portanto, as actividades diárias, as actividades domésticas, digamos assim, aquilo que é necessário, consigo praticamente tudo.” (D04HP)</p> <p>“Sim, à noite por exemplo, se vou à casa de banho preciso que me ajudem a ir e sentar na cadeira... acho que não me seguro, não consigo.” (D02HP)</p> <p>“Ajudo em tudo o que posso, mesmo na casa de banho e tudo eu até quero... (D03HP)</p> <p>“Sim, sim...fico chateado quando não consigo fazer essa parte... mas tento, tento...” (D04HP)</p> <p>“Ah, eu ajudo e agarro-me aqui e venho para a cama, não é preciso</p>

	<p>...” (D05HP)</p> <p>“Ajudo, ajudo...” (no banho). (D01SM)</p> <p>“Só consigo ajudar numa coisa, que é comer...” (D03SM)</p> <p>“Sim...se pedem, se pedem “bote a mão, pegue nisto...” colaboro...colaborar...pegue nisto, eu pega deite a mão, agora pegue ali, eu pego, eu tento e vou fazendo umas coisas” (D04SM)</p> <p>“No banho consigo dar alguma ajuda.” (D02TO)</p> <p>“Consigo lavar a cara e a parte de cima ” (D04SM)</p> <p>“ Como sozinho...mas têm de me partir a comidinha” (D05TO)</p> <p>“E a comida se for bife ou assim têm de partir...” (D02HP)</p> <p>“A transferir consigo dar uma ajuda.” (D02TO)</p> <p>“O meu objectivo é levantar-me e ir fazendo mas ainda não consigo como dependo dos outros estou sujeita, não é, a comer quando já estou ali há meia hora à espera, mas tenho de esperar que o leite chegue ali, depois tenho que esperar que haja vaga para alguém me ajudar a tomar banho, para me ajudar a vestir, estou assim um pouco dependente dos outros.” (D01HP)</p> <p>“Não, se eu, se eu for a fazer uma coisa, por exemplo, ir ao carro, andar não posso, votar as pernas, não posso, portanto não me sinto autónomo. Portanto tenho que ser auxiliado totalmente.” (D05HP)</p> <p>“Um bocado difícil...” (D01SM)</p> <p>“Não porque eu não me sinto autónomo nem independente...não” (D03SM)</p> <p>“Autónomo...Em que? Eu digo em quê nisso...ser autónomo num hospital? É muito difícil e vou-lhe dizer porquê...porque fazer alguma coisa, não pode, às vezes que queira fazer faz parte da autonomia não é?” (D04SM)</p> <p>“Como eu é muito difícil.” (D04SM)</p> <p>“Autónomo quer dizer ser seguro, ser autónomo é dizer eu não preciso disto, eu não preciso daquilo, ou preciso disto, ou preciso daquilo.” (D04SM)</p> <p>“Acha que posso? Dormir na cama, não faço mais nada...cama, fazer ginástica ...é dormir e ...mais nada.” (D05SM)</p>
Dependência total no	<p>“Preciso de ajuda completa... tomar banho, para levantar, para vestir. Lavar os dentes” (D02TO)</p>

autocuidado	<p>“Eu tenho mesmo vontade de me vestir por mim e pôr-me a pé mas não posso ainda” (D03HP)</p> <p>“Precisava da ajuda dos enfermeiros praticamente para tudo...” (D04HP)</p> <p>“Eu não ajudo em nada...não...” (D03SM)</p> <p>“Não consigo” (D03SM)</p> <p>“Elas querem que eu me vista mas eu não posso...” (D05SM)</p> <p>“Para já são eles que me dão banho...”</p> <p>(D04SM)</p> <p>“Agora não porque dão-me (banho) aqui na cama” (D05HP)</p> <p>“Eu não ajudo em nada...não, não lavo a cara.” (D03SM)</p> <p>“A ajuda que lhe dou não é nenhuma... nem os dentes.” (D05TO)</p> <p>“Eu não posso fazer nada</p> <p>Nada.” (D05SM)</p> <p>“Agora não faço nada ...mas antigamente fazia tudo.” (D03SM)</p> <p>“Diferença? Tudo...” (D04SM)</p>
--------------------	---

Quadro 2: Autocuidados mais significativos

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Autocuidado	Alimentar-se	<p>“Como a... como ...sozinho” (D04SM)</p> <p>“Os enfermeiros ajudam-me a cortar a Carne” (D01HP)</p> <p>“...o pequeno-almoço preciso que me abram o pão” (D02HP)</p> <p>“Preciso que me cortem a comida depois consigo comer com uma tala na mão.” (D02TO)</p> <p>“Comer também não consigo” (D03SM)</p> <p>“Tenho de comer sempre com o tabuleiro um bocado afastado de mim. É um bocado complicado.”</p>

		<p>(D01SM)</p> <p>“...isso... como sozinha...” (D03TO)</p> <p>“Preciso que me arranjem a comida, mas depois como sozinho” (D02TO)</p> <p>“Ah! Comer como pela minha mão...” (D03HP)</p> <p>“Alguma coisa que eu faça totalmente sozinho...comer, lavar a louça...” (D04HP)</p> <p>“Não, comer como bem...” (D05HP)</p> <p>“A comer, desenrasco-me sozinho.” (D01SM)</p> <p>“Só como com a minha mão.” (D03SM)</p> <p>“Como sozinha... (D04TO)</p> <p>“ Como sozinho...mas têm de me partir a comidinha” (D05TO)</p> <p>“Depois já consigo espalhar a comida, já consigo ir juntando.” (D01HP)</p> <p>“E a comida se for bife ou assim têm de partir...” (D02HP)</p> <p>“Ah! Comer como pela minha mão...” (D03HP)</p> <p>“Comer como bem...” (D05HP)</p> <p>“Só consigo ajudar numa coisa, que é comer...” (D03SM)</p> <p>“Acho que como sozinha.” (D05SM)</p> <p>“A comer.....ponham à frente. Agora ir buscar...” (D04SM)</p> <p>“Já está, já está?” nunca há tempo para ser eu a fazer as coisas ...ó ...pronto para comer...tem de ser sempre rápido.” (D01HP)</p> <p>“O meu objectivo é levantar-me e ir fazendo mas ainda não consigo como dependo dos outros estou sujeita, não é, a comer quando já estou ali há meia hora à espera, mas tenho de esperar que o leite chegue ali...” (D01HP)</p> <p>“Foi quando consegui comer.</p> <p>Quando consegui comer porque quando consegui</p>
--	--	---

		<p>comer a primeira vez e falhei...consegui outra vez comer por mim e isso foi uma vitória...foi uma vitória outra vez conseguir comer.” (D03SM)</p> <p>“Importância é ...é tudo, eles têm ...para mim tem tudo ...eu preciso de comer, eu preciso de fazer qualquer coisa...”(D04SM) eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão ...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêm enfermeiros.” (D04SM)</p> <p>“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos ...comer...” (D05TO)</p> <p>“...pronto...fazer coisas mínimas, como abrir a garrafa que ainda por cima agora é só meia tampa...” (D01HP)</p> <p>“Não sei...jantar...” (D01HP)</p>
	Cuidar da higiene pessoal	<p>“Mudar a fralda” (D01HP)</p> <p>“A lavar, a fazer a higiene...” (D01SM)</p> <p>“Mudar-me, Fazer-me a higiene toda” (D03SM)</p> <p>“A higiene toda...” (D03SM)</p> <p>“Lavar os dentes lavo sozinho...consigo lavar os dentes sozinho e isso já é uma felicidade.” (D02TO)</p> <p>“Só às vezes para por a fralda é que não me ajeito” (D03TO)</p> <p>“A higiene é só mais para ...da sinta para baixo que...” (D01SM)</p> <p>“...e lavo-me a parte da frente toda sozinha. Também Algumas coisas, eu lavo.” (D03HP)</p> <p>“Mas lavar os dentes era uma coisa que eu não conseguia sozinho e agora já consigo.” (D04HP)</p> <p>...cuidados...lavar dentes...lavar tudo” (D03SM)</p> <p>Lavo-me assim a parte de ... lavo-me a parte da frente toda sozinha.” (D03HP)</p> <p>“... Quando preciso de ir ao quarto de banho ...limpo-me sozinha...” (D01HP)</p>

		<p>“Consigo lavar a cara e a parte de cima ” (D04SM)</p> <p>“Lavo a cara assim por aqui...” (D05SM)</p> <p>“Já consigo espremer, já consegui espremer borbulhas...” (D01HP)</p> <p>“Começar a fazer certas coisas, eu consigo lavar os dentes sozinho e isso já é uma felicidade.” (D02TO)</p> <p>“Agora comigo por exemplo, independente é: conseguir limpar o rabo, com a mão não chego lá trás, é conseguir tirar a parte de cima e mesmo só, como agora, colocar...pronto, agarrar peito e colocá-lo no sítio certo...” (D01HP)</p> <p>...é conseguir mesmo limpar o meu rabo, conseguir fazer assim e lavar a minha cara... Aquela sensação de acordar de manhã e chegar ao lavatório e pegar naquela água é como viver, como acordar...” (D01HP)</p> <p>“Há algumas situações que nos sentimos independentes, nem que seja a ir do ginásio para o refeitório sozinhos...aí já nos sentimos independentes...e lavar os dentes sozinho...” (D01HP)</p>
	Tomar banho	<p>“Tomar banho...” (D02TO)</p> <p>“Tomar banho, tomo sozinha” (D03TO)</p> <p>“ (...) E dar-me banho e pouco mais...xixi e tomar banho” (D05TO)</p> <p>“Preciso de ajuda completa... tomar banho...” (D02TO)</p> <p>“...a tomar banho ...” (D01HP)</p> <p>“Depois preciso que me levem ao banho” (D02HP)</p> <p>Tomar banho, tomo sentadinha na cadeira, depois é que me ajudam... Lavo-me assim a parte de ... lavo-me a parte da frente toda sozinha.” (D03HP)</p> <p>“Comecei a conseguir lavar-me quando ia tomar banho à excepção da coxa para baixo que não consigo chegar ainda, quer dizer aquela parte não consigo, o resto...” (D04 HP)</p> <p>“Agora não porque dão-me (banho) aqui na cama”</p>

		<p>(D05HP)</p> <p>“No banho consigo dar alguma ajuda.” (D02TO)</p> <p>“Para já são eles que me dão banho...” (D04SM)</p> <p>“Ah, isso é as enfermeiras...Dão-me banho e ajudam-me a vestir” (D05SM)</p> <p>“Tomo banho sozinha” (D04TO)</p> <p>“Tomava eu banho todos os dias de manhã era a primeira coisa...” (D03HP)</p> <p>“Há uma coisa que tomara eu, quando eu ia, ia e quase não fazia, e não neste mas no outro, ia tomar banho, punham-me ali sozinho, deixavam-me a mim sozinho ali, isso para mim era uma alegria. Coisa melhor, porque eu já tinha já era para mim ...” (D05HP)</p> <p>“Ajudo, ajudo...” (no banho). (D01SM)</p> <p>“Consigo lavar a cara e a parte de cima ” (D04SM)</p> <p>“...ou mesmo para tomar banho tem de ser sempre rápido.” (D01HP)</p> <p>“...depois tenho que esperar que haja vaga para alguém me ajudar a tomar banho, para me ajudar a vestir, estou assim um pouco dependente dos outros.” (D01HP)</p> <p>Se eles (os enfermeiros) cá não estivessem o que é que eu não conseguia...Não conseguia fazer aquilo tudo o que me eles fazem. Não tomava banho...” (D05HP)</p>
	Usar a cadeira de rodas	<p>“Andar na cadeira de rodas ando sozinho...” (D02TO)</p> <p>“De cadeira de rodas eu lateralizo e ponho a cadeira da parte lateral, paralela com a banca” (D04HP)</p> <p>“Ando na cadeira-de-rodas sozinho” (D01SM)</p> <p>“E começar a empurrar a cadeira sozinho também foi importante...” (D02TO)</p> <p>“Ah, varias coisas, até para ir ao armário buscar qualquer coisa ...é difícil... porque a cadeira não cabe, ou porque não consigo pôr-me...pôr-me bem</p>

		<p>para conseguir...” (D01SM)</p> <p>“Quando ando por aí, quando vou lá baixo à capela, quando vou na cadeira.” (D02 HP)</p>
	Vestir-se e despir-se	<p>“Visto-me sozinha” (D03TO)</p> <p>“Elas querem que eu me vista mas eu não posso...” (D05SM)</p> <p>“Eu tenho mesmo vontade de me vestir por mim ...mas não posso ainda” (D03HP)</p> <p>“Preciso de ajuda completa... para vestir...” (D02TO)</p> <p>“...A vestir e despir...” (D01HP)</p> <p>“...sei lá, tirar as meias...” (D01HP)</p> <p>“Preciso de ajuda para tirar o pijama...” (D02HP)</p> <p>“Também preciso de ajuda...e vestir-me...” (D03HP)</p> <p>“Tudo, a vestir vestem-me...” (D04SM)</p> <p>“Ah, isso é as enfermeiras... ajudam-me a vestir” (D05SM)</p> <p>“No vestir não. Só na parte de cima é que consigo dar alguma ajuda, na parte de baixo não.” (D02TO)</p> <p>“Vestir...também não consigo” (D03SM)</p> <p>“Também me visto sozinha” (D04TO)</p> <p>“É pronto despir, vestir... fazer as coisas diárias que as pessoas pensam que é tão fácil calçar umas meias, tão fácil...então? As tuas sapatilhas?” (D01HP)</p> <p>“De manhã consigo preparar as coisas e consigo tirar a parte de baixo...” (D01HP)</p> <p>“Eu acho difícil, para mim é, colocar bem o soutien, e pôr bem o peito...” (D01HP)</p> <p>“...é, eu não conseguir por exemplo vestir dos pés para cima, isso preocupa-me muito... Chateia mesmo, chateia...de momento é...” (D04HP)</p> <p>“Por exemplo quando eu me sento na cadeira eles passam-me a t-shirt e fazem com que eu vista, não deixam que eles ajudem e isso ajuda na minha</p>

		<p>autonomia...sim" (D02TO)</p> <p>"É pronto despir, vestir... fazer as coisas diárias que as pessoas pensam que é tão fácil calçar umas meias, tão fácil...então? As tuas sapatilhas?" (D01HP)</p> <p>"Era fazer tudo e não estar assim... (risos) quando conseguir calçar as meias, quando conseguir vestir as calças. Uma pessoa, ... actos tão triviais do dia-a-dia mas que eu não consigo, para mim isso vai ser uma alegria." (D04HP)</p>
	Arranjar-se	<p>"... a lavar o cabelo...também a secar, é preciso pentear...sei lá..." (D01HP)</p> <p>"As vezes uma pessoa querer puxar a roupa para cima e não conseguir ser difícil, é difícil...uma pessoa não consegue pegar com as mãos, por causa disso, uma pessoa não consegue pegar com as mãos, torna-se muito difícil." (D03SM)</p> <p>"Até a barba consigo fazer. Mas tem que ser com a mão esquerda mas fica um bocadinho mal feita e isso é um bocadinho comodista e como vem cá o barbeiro eu descuro essa parte... (D04HP)</p> <p>"...lavar os dentes, por creme na cara... consigo lavar os óculos... Consigo ir à internet, consigo mexer no telemóvel" (D01HP)</p> <p>"Fui ao quarto de banho, estive a lavar os dentes, lavei os óculos, pus creme e depois quando estava pronta a empurrar e vestir o casaco. Já nem sei, depois eram dez horas e cheguei atrasada. Agora não sei o que é que é mais importante chegar a horas ou ser eu a fazer as coisas." (D01HP)</p> <p>Não sei... pensar nas coisas e ir fazendo...ao fim do dia arrumo as coisas e já começo a preparar a roupa para o dia seguinte, lavo os dentes, arrumo as coisas da higiene, tiro já o pijama que é para vestir à noite, a roupa para amanhã, arrumo o computador, ou isto ou aquilo...acho que é ao fim do dia." (D01HP)</p>
	Auto-elevar	<p>"Têm de me levantar" (D03HP)</p> <p>"Foi uma coisa, ver-me de pé, eu sou num bocadinho baixinho, ver a minha terapeuta Ah, tão pequenina que é..." (D04 HP)</p>

		<p>“Bem, foi levantar esta perna.” (D05HP)</p> <p>“Sei lá, se calhar lá em baixo quando me consegui sentar.” (D01SM)</p> <p>“E equilibrar-me sem as mãos e isso. Claro.” (D01SM)</p> <p>“...uma vez em Alcoitão quando estava a tentar passar da posição de deitado para sentado e não consegui, isso irritou-me.” (D02TO)</p> <p>“Quando me conseguir levantar, quando conseguir saltar...” (D04HP)</p>
	Transferir-se	<p>“Transfiro-me” (D03TO)</p> <p>“Transferências, ...eu preciso dos enfermeiros, para as transferências, só para as transferências” (D04TO)</p> <p>“Comecei a conseguir passar para a sanita” (D04 HP)</p> <p>“Para me ajudarem só, vá lá, descer e descer para o cadeirão.” (D05HP)</p> <p>“Mudar-me...” (D03SM)</p> <p>“São eles que transferem tudo...” (D04SM)</p> <p>“...A fazer as transferências também” (D01SM)</p> <p>“Pôr-me na cama, eu ponho-me.” (D05HP)</p> <p>“Transferir...Também não ajudo...” (D03SM)</p> <p>“Ah, eu ajudo e agarro-me aqui e venho para a cama, não é preciso ...” (D05HP)</p> <p>As transferências quase que já faço sozinho” (D01SM)</p> <p>“A cama, isso já me passo eu. Passo sozinho. Custou” (D05TO)</p> <p>“Mas o ter mais força facilita-me, como nas transferências e assim” (D02TO)</p> <p>“Já consigo fazer as transferências, quando preciso de ir ao quarto de banho já vou sozinha, levanto-me sozinha...sento-me sozinha.” (D01HP)</p> <p>“A transferir consigo dar uma ajuda.” (D02TO)</p>

		<p>“Transfiro-me sozinho...” (D05TO)</p> <p>“Ah, eu ajudo e agarro-me aqui e venho para a cama, não é preciso ...” (D05HP)</p> <p>“...não me punha a pé, não sei lá, nem sei, nem sei...não tem explicação nenhuma.” (D05HP)</p> <p>“É poder fazer tudo, inclusivamente as transferências...transferências...e movimentar-me ...” (D04TO)</p>
	Usar o sanitário	<p>“Para me levar à casa de banho...” (D03HP)</p> <p>“Pôr-me o urinol, pôr o urinol ... e pouco mais...” (D05TO)</p> <p>“Sozinha, sei lá...vou à casa de banho...mas vou à do fundo porque tem mais barras para segurar.” (D02HP)</p> <p>“Sim, à noite por exemplo, se vou à casa de banho preciso que me ajudem a ir e sentar na cadeira...acho que não me seguro, não consigo.” (D02HP)</p> <p>“Vou à casa de banho.” (D03HP)</p> <p>“...eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão ...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêem enfermeiros.” (D04SM)</p> <p>“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos, ir à casa banho quando, quando quisesse... (D05TO)</p>
	Virar-se	<p>“A virar, a mudar de posição, principalmente” (D01SM)</p> <p>“A ...virar-me de um lado para o outro” (D03SM)</p> <p>“Tenho às vezes...as vezes para virar e assim” (D03TO)</p> <p>“Só a Virar-me.(o faço sozinho) ” (D04SM)</p> <p>“Virar já me viro sozinha” (D05SM)</p>

Quadro 3: Ajudas técnicas

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Ajudas técnicas	Aplicação de materiais e Tala	<p>“Preciso que me cortem a comida depois consigo comer com uma tala na mão.” (D02TO).</p> <p>“Por exemplo de noite se me levantar para fazer xi-xi naquela cadeira sanita têm de me ajudar porque de noite estou sem tala e sem tala o pé fica completamente torto. Sem a tala não consigo.” (D02HP)</p>
	Canadiana/bengala	<p>“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos, ir à casa banho quando, quando quisesse...comer e ainda que com uma bengala poder-me deslocar um bocadinho.” (D05TO)</p>
	Cadeira de rodas	<p>“Quando ando por aí, quando vou lá baixo à capela, quando vou na cadeira.” (D02 HP)</p>

Quadro 4: Andar

Categoria	Unidade de registo
Andar	<p>“Eu acho que ser independente é para já, pronto, conseguir caminhar...” (D01HP)</p> <p>“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos... e ainda que com uma bengala poder-me deslocar um bocadinho.” (D05TO)</p> <p>“Era fazer tudo e não estar assim... (risos).</p> <p>Quando me conseguir levantar...quando conseguir caminhar (suspiro). Uma pessoa, ... actos tão triviais do dia-a-dia mas que eu não consigo, para mim, isso vai ser uma alegria.” (D04HP)</p> <p>Não sei... (sinto-me autónoma quando estou a) caminhar (D01HP)</p> <p>“Porque ainda ontem depois do jantar a enfermeira pronto, caminhou só um pouco comigo.” (D01HP)</p> <p>“Tem de alguém de me ajudar para eu andar.</p> <p>Não tenho tido ninguém...</p> <p>Ninguém me disse que andava comigo e eu não pedi a</p>

	<p>ninguém...” (D03HP)</p> <p>“Quando comecei a andar.” (D03HP)</p> <p>“Não é que fui para as paralelas e consegui ficar de pé e andar, todo torcido mas consegui andar, foi o momento mais marcante neste hospital.” (D04 HP)</p> <p>“Depois ...sentia sempre...o plano daqui é andar, eu queria, era sair, mas queria pelo menos ...” (D05TO)</p>
--	---

Quadro 5: Autonomia/Dependência

Categoria	Unidade de registo
Autonomia	<p>“Consigo fazer mais coisas” (D03TO)</p> <p>“Sim, Sim...consigo fazer mais coisas” (D04TO)</p> <p>“Não, nada, nada...não conseguia</p> <p>Quando eu cheguei aqui...tinha que ter a mão quieta que eu ...” (D05TO)</p> <p>“Ah, isso é difícil de dizer. É mais em termos de força e não tanto em termos de movimento.” (D02TO)</p> <p>“Há ...Pronto já estou melhorzinha, já estou melhor...e tenho mais firmeza em mim...nas coisas que faço...” (D03TO)</p> <p>“...e assim ganho, mobilidade do tronco e mobilidade de braços e tento portanto fazer isso...” (D04HP)</p> <p>Até a barba consigo fazer. Mas tem que ser com a mão esquerda mas fica um bocadinho mal feita e isso é um bocadinho comodista e como vem cá o barbeiro eu descuro essa parte. Mas lavar os dentes era uma coisa que eu não conseguia sozinho e agora já consigo. Antes era o meu irmão que vinha aqui e... (faz gesto de lavar os dentes) porque eu tremia muito. Portanto, as actividades diárias, as actividades domésticas, digamos assim, aquilo que é necessário, consigo praticamente tudo.” (D04HP)</p> <p>“Felizmente tinha força e tudo ...tudo ...tenha a menor duvida...tudo e ainda trabalhava e ainda pagava por fora...ainda trabalhava.” (D05HP)</p>

	<p>Não sei...caminhar, jantar, pensar nas coisas e ir fazendo...ao fim do dia arrumo as coisas e já começo a preparar a roupa para o dia seguinte, lavo os dentes, arrumo as coisas da higiene, tiro já o pijama que é para vestir à noite, a roupa para amanhã, arrumo o computador, ou isto ou aquilo...acho que é ao fim do dia.” (D01HP)</p> <p>“Quando ando por aí, quando vou lá baixo à capela, quando vou na cadeira.” (D02 HP)</p> <p>“Quando eu deixei de ter tantas dores, esse facto de não ter essa dor tão intensa, tão massacrante, liberta-me para tudo o que eu quero, portanto a autonomia, por exemplo eu agora já vou lá para fora apanhar um bocadinho de sol, há cerca de uma semana (D04HP)</p> <p>“Portanto são todas as coisinhas que nos dão uma autonomia e não estarmos dependentes de outros, essas coisas que são um pouco mais íntimas são óptimas.” (D04HP)</p>
Dependência	<p>“É tudo, eu acho que é tudo, (Diferença) em casa por exemplo...em casa era eu que fazia...eu punha a mesa, ajudava...fazia a comida, agora não posso tenho mais dificuldade. Sinto-me pior em casa do que aqui, em casa o espaço é.” (D02HP)</p> <p>“Tudo” (D03HP)</p> <p>“Custa, é uma coisa que eu fazia em 10 minutos e que se calhar agora faço em 20 mas também tempo é coisa que tenho.” (D04HP)</p> <p>“Felizmente tinha força e tudo ...tudo ...tenha a menor duvida...tudo e ainda trabalhava e ainda pagava por fora...ainda trabalhava.” (D05HP)</p> <p>“Muita (diferença), mas mesmo muita” (D01SM)</p> <p>“Quando eu entrei aqui vinha auxiliar e enfermeiro, eles ajudavam-me imenso.” (D04TO)</p> <p>“Ainda me faz impressão estar a pedir ao enfermeiro para por o soutien ou agarrar o peito e também... tenho quase sempre...quando tenho estado com período estava em casa, era a minha mãe, acho que foi assim mais isso que me fez impressão, as coisas mais íntimas” (D01HP)</p> <p>“Sinto-me pior em casa do que aqui, em casa o espaço é mais estreito, tenho..., tenho mobília aqui não, é mais largo. Eu mesmo em casa não consigo andar com uma cadeira de rodas.” (D02HP)</p> <p>“Não, se eu, se eu for a fazer uma coisa, por exemplo, ir ao carro, andar não posso, votar as pernas, não posso, portanto não me sinto autónomo. Portanto tenho que ser auxiliado totalmente.” (D05HP)</p>

	<p>“Um bocado difícil...” (D01SM)</p> <p>“Não porque eu não me sinto autónomo nem independente...não” (D03SM)</p> <p>“Autónomo...Em que? Eu digo em quê nisso...ser autónomo num hospital? É muito difícil e vou-lhe dizer porquê...porque fazer alguma coisa, não pode, às vezes que queira fazer faz parte da autonomia não é?” (D04SM)</p> <p>“Como eu é muito difícil.” (D04SM)</p> <p>“Autónomo quer dizer ser seguro, ser autónomo é dizer eu não preciso disto, eu não preciso daquilo, ou preciso disto, ou preciso daquilo.” (D04SM)</p> <p>“Acha que posso? Dormir na cama, não faço mais nada...cama, fazer ginástica ...é dormir e ...mais nada.” (D05SM)</p>
--	---

Quadro 6: Independência /Momentos de autonomia

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Independência	Autocuidado	<p>“Agora comigo por exemplo, independente é, conseguir limpar o rabo, com a mão, não chego lá trás, é conseguir tirar a parte de cima e mesmo só, como agora, colocar...pronto, agarrar peito e colocá-lo no sítio certo...” (D01HP)</p> <p>“É pronto despir, vestir... fazer as coisas diárias que as pessoas pensam que é tão fácil calçar umas meias, tão fácil...então? As tuas sapatilhas?” (D01HP)</p> <p>“Era fazer tudo e não estar assim... (risos).</p> <p>Quando me conseguir levantar, quando conseguir saltar, quando conseguir calçar as meias, quando conseguir vestir as calças, quando conseguir caminhar (suspiro). Uma pessoa, ... actos tão triviais do dia-a-dia mas que eu não consigo, para mim isso vai ser uma alegria.” (D04HP)</p> <p>“Ah, ser independente era pelo menos, pelo menos, ir à casa banho quando, quando quisesse...comer e ainda que com uma bengala poder-me deslocar um</p>

		<p>bocadinho.” (D05TO)</p> <p>“...pronto...fazer coisas mínimas, como poder abrir a garrafa que ainda por cima agora é só meia tampa...” (D01HP)</p> <p>“Eu acho que, pronto, fisicamente é importante, pois economicamente também é chato, tem-se...precisamos de estar com alguém, agora ser independente fogo...é conseguir mesmo limpar o meu rabo, conseguir fazer assim e lavar a minha cara... Aquela sensação de acordar de manhã e chegar ao lavatório e pegar naquela água é como viver, como acordar...” (D01HP)</p> <p>“É poder fazer tudo, inclusivamente as transferências...transferências...e movimentar-me ...” (D04TO)</p>
	Autonomia	<p>“É fazer tudo sozinho...” (D02TO)</p> <p>“Era fazer tudo e não estar assim...” (D03TO)</p> <p>“Não sei, é poder fazer tudo...” (D02HP)</p> <p>“Poder cuidar de mim... sim, pelo menos eu acho...eu já estive a pensar se me faz mais falta os braços ou as pernas, eu acho que antes preferia não ter as pernas e ter os dois braços...não sei talvez fosse mais...” (D02HP)</p> <p>“Uma pessoa fazer o que quer e lhe apetece...” (D03HP)</p> <p>“Para mim, independência estou a associar a alegria...” (D04HP)</p> <p>“Porque uma pessoa quando está alegre é porque nem se apercebe que faz as coisas de uma maneira tão trivial que saiam naturalmente.” (D04HP)</p> <p>“Desenrascar-me sozinho.” (D01SM)</p> <p>“Para mim ser independente é uma pessoa que pode fazer tudo à vontade. Tudo à vontade, pode fazer, pode escrever, fazer tudo ...” (D03SM)</p> <p>“O que é para mim ser independente...é tudo.” (D03SM)</p> <p>“Para ser independente...isso dá muito trabalho...dá</p>

		<p>muito trabalho” (D04SM)</p> <p>“É fazer tudo” (D05SM)</p> <p>“Eu acho que ser independente é para já, pronto, conseguir caminhar...” (D01HP)</p> <p>“Eu acho que, pronto, fisicamente é importante, pois economicamente também é chato, tem-se...precisamos de estar com alguém, agora ser independente fogo...é conseguir mesmo limpar o meu rabo, conseguir fazer assim e lavar a minha cara... Aquela sensação de acordar de manhã e chegar ao lavatório e pegar naquela água é como viver, como acordar...” (D01HP)</p> <p>“Viver independente para mim é uma coisa que me habituei, eu fiquei viúvo...era feliz...” (D05HP)</p> <p>“Faz tudo, sei cozinhar, ...sei cozinhar, sou uma pessoa que trabalha...dar a ferro não...tenho família que me fazem isso...” (D05HP)</p> <p>Eu acordo fraca a cansada, também não durmo bem, depois ao longo dia vou ganhando força física, e equilíbrio e ao fim do dia vou ficando mais forte e melhor.” (D01HP)</p> <p>“Sim... Quando é final de semana eu estou mais sozinha e me dedico mais.” (D04TO)</p> <p>“Nunca...” (D05TO)</p> <p>“Acho que é ao fim do dia...” (D01HP)</p>
--	--	--

Quadro 7: Profissionais de saúde

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Profissional de saúde	Enfermeiro	<p>“Vão-me tratando (os enfermeiros), forçam-me a comer, fazem tudo para que eu possa ser semi-autónomo...” (D05TO)</p> <p>(os enfermeiros) “Ajudam-me a deitar, que eu não me posso deitar sozinha, a levantar, têm de me levantar que eu vejo-me ...sozinha.” (D03HP)</p>

		<p>“Os enfermeiros também fazem, ajudam, põem-me nas cadeiras de rodas para nos irmos para a fisioterapia...” (D03SM)</p> <p>“...dos enfermeiros temos tudo...o que a gente queira deles...” (D03TO)</p> <p>“Muitos enfermeiros... “olhe, arrume o computador...” (D01HP)</p> <p>“A chefe também ralha...” (D01HP)</p> <p>“Os enfermeiros também, pronto, dão-me os comprimidos, ajudam-me com isto e com aquilo...” (D01HP)</p> <p>“Enfermeiros às vezes podem não saber tudo, são muitos e não sabem de toda a gente...” (D02HP)</p> <p>“Os enfermeiros, os auxiliares, tanto faz, em princípio a mim...” (D02HP)</p> <p>“Não preciso de cuidados de enfermagem...são muito importantes todos...” (D02HP)</p> <p>“Para mim, no meio, entre estes pilares auxiliares, enfermeiros e médicos, para mim os enfermeiros são o pilar mais importante... Por causa da permanência e da competência técnica que têm.” (D04HP)</p> <p>“Para mim o pilar principal é o pilar da Enfermagem, o pilar da segurança para mim é o médico.” (D04HP)</p> <p>“Aqui em cima é mais para, aqui com os enfermeiros, é mais para me por independente....Lá em baixo, é mais trabalhar o corpo. Aqui é mais para me por independente.” (D01SM)</p> <p>“Porque ainda ontem depois do jantar a enfermeira pronto, caminhou só um pouco comigo.” (D01HP)</p> <p>“Há uma Sr.^a enfermeira que às vezes ajudava.” (D02HP)</p> <p>Embora saiba que há aqui duas enfermeiras que também têm curso ou não sei se é (Intervenção do investigado dizendo ser especialidade) sim,</p>
--	--	---

		<p>sim, também tentam mas não conseguem abranger tudo...” (D04HP)</p> <p>“...é claro que de manhã há muito mais pessoas, ao fim do dia também já estão cansados e acho que à tarde são menos enfermeiros mas é assim, não é de manhã pronto há a ginástica toda...” (D01HP)</p> <p>“Minha senhora, o enfermeiro Margarido é impagável...” (D03HP)</p>
	Médico	<p>“O Sr. Me...O Sr. Dr. Também é muito bom para mim... Ensina-me a pentear assim...e mandou-me pentear assim...” (D03HP)</p> <p>“Aos terapeutas que tivessem um pouco mais de tempo, aos médicos não tenho nada a dizer...” (D02HP)</p> <p>“Para mim, no meio, entre estes pilares auxiliares, enfermeiros e médicos, para mim os enfermeiros são o pilar mais importante... Por causa da permanência e da competência técnica que têm.” (D04HP)</p> <p>“Os Médicos dão-me segurança... Os médicos pelo saber e pela experiência e pelos conhecimentos que têm...” (D04HP)</p> <p>“Eu quando tenho uma dúvida, embora pergunte à enfermeira, não é que duvide da enfermeira, mas gosto de confirmar com o médico e ele até me dá uma visão mais abrangente...” (D04HP)</p> <p>“Portanto a médica, a fisiatra, solicitei apoio psicológico, tenho tido outras confusões, e pronto a psicóloga pode-me ajudar.” (D01HP)</p> <p>“O Dr. Ruben ajudou-me, para além da obstipação e do problema da bexiga não é, para além também de dormir mais cedo.” (D01HP)</p>
	Fisioterapeuta	<p>“Ainda ontem disse ao senhor terapeuta: diga-me o que é que eu tenho que fazer para ver se eu ...para tratar de sair daqui...” (D03HP)</p> <p>“Aos terapeutas que tivessem um pouco mais de tempo, aos médicos não tenho nada a dizer...” (D02HP)</p>

		<p>“O fisioterapeuta é uma pessoa que enfim percebe e ...ele é uma pessoa que puxa muito por mim...” (D05HP)</p> <p>“A fisioterapia, acho que estão mais a trabalhar para eu conseguir, quando aparecer algum movimento, conseguir desenvolvê-lo e o equilíbrio.” (D01SM)</p> <p>“Lá em baixo, é mais trabalhar o corpo. Aqui é mais para me por independente.” (D01SM).</p> <p>“A minha ginástica por exemplo, para eu fazer ginástica para ter força nos braços a para ter tudo isso.” (D03SM)</p> <p>“Quebras...Precisamos, por exemplo de mais terapeutas, mais ...porque somos muitos e poucos terapeutas.” (D03TO)</p> <p>“Os fisioterapeutas estão lá em baixo, e os outros não, não fazem.” (D02HP)</p> <p>“Eu compreendo, entre o que o médico manda fazer e o que as terapeutas acham melhor.” (D04HP)</p> <p>“Bem, cada qual no seu lugar...cada qual no seu lugar. O fisioterapeuta é uma pessoa que enfim percebe e ...ele é uma pessoa que puxa muito por mim...” (D05HP)</p> <p>“Talvez os fisioterapeutas...sim...aqui os enfermeiros não têm tanta liberdade para trabalharem connosco...e por isso acho que é os fisioterapeutas.” (D02TO)</p> <p>“Eu acho que é os terapeutas têm de se dedicar mais, entendeu?” (D04TO)</p> <p>“...mas pronto valorizo mais por acaso os terapeutas porque eu sinto que eles me esticam e depois fico melhor.” (D01HP)</p> <p>“Deve ser o fisioterapeuta que é o Sr. Sérgio...” (D03HP)</p>
	Auxiliar de acção médica	<p>“Todos juntos, acho que, pronto, por exemplo há auxiliares que me ajudam naquelas coisas que eu não consigo fazer, são sempre muito simpáticas.” (D01HP)</p>

		<p>“Os enfermeiros, os auxiliares, tanto faz, em princípio a mim...” (D02HP)</p> <p>“Para mim, no meio, entre estes pilares auxiliares, enfermeiros e médicos, para mim os enfermeiros são o pilar mais importante... Por causa da permanência e da competência técnica que têm.” (D04HP)</p> <p>“Os auxiliares também são um elemento indispensável porque são eles que constantemente... mas pelas limitações técnicas que eles têm e não conhecimento são mais até um elemento de conversa e de amizade.” (D04HP)</p> <p>“Todos eles, mesmo os auxiliares ...são todos bons...” (D03HP)</p> <p>“É o senhor Homero (AAM), esse chega aqui e diz “o que quer?” E tudo o que eu lhe pedir, ele faz...” (D03HP)</p>
	Psicóloga	<p>Também temos aqui a psicóloga... gosto muito de conversar, gosto muito de expor ideias, depois ela, com a técnica dela vai tirando.” (D04HP)</p>
	Grupo de profissionais	<p>“Todos tentam que eu seja autônomo, mas às vezes não da melhor maneira e talvez não funcionem...” (D02TO)</p> <p>“Todos juntos, acho que, pronto, por exemplo há auxiliares que me ajudam naquelas coisas que eu não consigo fazer, são sempre muito simpáticas.” (D01HP)</p> <p>“Eu acho que sim. Todos contribuem” (D03HP)</p> <p>“Sim, tudo na sua arte.” (D04SM)</p> <p>“Sim para já cada um não é, ao seu nível e dentro daquilo que sabe...” (D01HP)</p> <p>“Bem, cada qual no seu lugar...” (D05HP)</p> <p>“Temos apoio e tudo...” (D03TO)</p> <p>“Todos tentam que eu seja autônomo, mas às vezes não da melhor maneira e talvez não funcionem, deviam funcionar mais em conjunto, não tão em separado...” (D02TO)</p>

		<p>“Porque estão todos concentrados lá em baixo certamente, os fisioterapeutas estão lá em baixo, e os outros não, não fazem” (D02HP)</p> <p>“A gente precisa de um bocadinho de todos...eu acho que é um bocadinho de tudo...é.” (D03TO)</p> <p>“E...o que mais me faz falta neste momento, o que eu pretendo sempre é que o médico ou o enfermeiro, ou terapeuta exijam mais de mim...” (D04HP)</p> <p>“De tudo...tudo.” (D05SM)</p> <p>“Então afinal vou conseguir, deixa-me agarrar ali, o médico disse que sim e a enfermeira e a terapeuta que também tinha um aviso um bocadinho pessimista agora já tem outro, portanto eu contribuo muito para não ir ao encontro das ideias negativas.” (D04HP)</p> <p>“Todos eles, mesmo os auxiliares ...são todos bons...” (D03HP)</p> <p>“São, têm sido...todos me instigam muito e bem...” (D03HP)</p>
--	--	---

Quadro 8: Contributos

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Enfermeiros	Autocuidado	<p>“Vão-me tratando (os enfermeiros), forçam-me a comer, fazem tudo para que eu possa ser semi-autónomo...” (D05TO)</p> <p>(os enfermeiros) “Ajudam-me a deitar, que eu não me posso deitar sozinha, a levantar, têm de me levantar que eu vejo-me ...sozinha.” (D03HP)</p> <p>“Os enfermeiros também fazem, ajudam, põem-me nas cadeiras de rodas para nos irmos para a fisioterapia...” (D03SM)</p> <p>Se eles (os enfermeiros) cá não estivessem o que é que eu não conseguia...Não conseguia fazer aquilo tudo o que me eles fazem. Não tomava banho, não me punha a pé, não sei lá, nem sei,</p>

		<p>nem sei...não tem explicação nenhuma.” (D05HP)</p> <p>“Importância é ...é tudo, eles têm ...para mim tem tudo ...eu preciso de comer, eu preciso de fazer qualquer coisa, eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão ...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêm enfermeiros.” (D04SM)</p> <p>“Por exemplo quando eu me sento na cadeira eles passam-me a t’shirt e fazem com que eu vista, não deixam que eles ajudem e isso ajuda na minha autonomia...sim” (D02TO)</p>
	Disponibilidade	<p>“...dos enfermeiros temos tudo...o que a gente queira deles...” (D03TO)</p> <p>“Muitos enfermeiros... “olhe arrume o computador...” (D01HP)</p> <p>“A chefe também ralha...” (D01HP)</p> <p>“Os enfermeiros também, pronto, dão-me os comprimidos, ajudam-me com isto e com aquilo...” (D01HP)</p> <p>“Que tomem conta...que qualquer problema que a gente tenha que estejam logo em cima e disponíveis, que é o que acontece ...acontece e...” (D02TO)</p> <p>“De darem-nos apoio, de se está alguma coisa que a gente precise e tudo...estão sempre...” (D03TO)</p> <p>“Neste “hotel” eu espero muita coisa...” (D03TO)</p> <p>“Ah. Todas as vezes...todo os dia ne...principalmente a manhã, eles tentam dar força...sabe?” (D03TO)</p> <p>Para mim os enfermeiros são aqueles que nos acompanham 24 horas.” (D04HP)</p> <p>“Os enfermeiros têm uma continuidade, e essa continuidade...a confiança é muito importante, o laço de confiança e de humanidade que existe entre o doente e o enfermeiro, aquele espírito de</p>

		<p>abertura, aquele dialogo, aquela ...aquela alegria, aquela ...brincar um bocadinho, que eu gosto muito de brincar, acho que é importante...” (D04HP)</p> <p>“Os enfermeiros quando eu tenho uma duvida, por exemplo na medicação, quando tenho uma duvida em termos se posso fazer isto, se posso fazer aquilo, e eu questiono e assim ...” (D04HP)</p> <p>“Eles conseguem ser um elemento para mim tranquilizador, um elemento que ...que inspira confiança, eles inspiram confiança com a sua à vontade e com os seus conhecimentos, e é muito bom isso, e mais, e estão sempre presentes, principalmente estão sempre presentes...” (D04HP)</p> <p>“Importância é ...é tudo, eles têm ...para mim tem tudo ...eu preciso de comer, eu preciso de fazer qualquer coisa, eu preciso de ir ao quarto de banho, eu preciso ...eles estão sujeitos a tudo, eles estão presentes em tudo, eles estão ...quer-se dizer, numa realidade com tudo ...com tanto carinho que a gente tem já não se vêm enfermeiros.” (D04SM)</p> <p>“Quero que eles me ajudassem tudo e não me enervem muito” (D05SM)</p> <p>É, também é importante... basta até o carinho deles...” (D03TO)</p> <p>“Acho que as pessoas deviam ir mais ao nosso encontro.” (D01HP)</p> <p>“Eu só peço aquilo que eu não consigo fazer. Já pedi a uma enfermeira e não foi muito simpática comigo.” (D01HP)</p> <p>Só peço mesmo porque eu não consigo e acho que aí uma pessoa devia ir ao nosso encontro e não estar ainda com atitudes menos simpáticas.” (D01HP)</p> <p>“Enfermeiros às vezes podem não saber tudo, são muitos e não sabem de toda a gente...” (D02HP)</p> <p>“Os enfermeiros, os auxiliares, tanto faz, em</p>
--	--	--

		<p>princípio a mim...” (D02HP)</p> <p>“Não preciso de cuidados de enfermagem...são muito importantes todos...” (D02HP)</p>
	Segurança	<p>“Para mim, no meio, entre estes pilares auxiliares, enfermeiros e médicos, para mim os enfermeiros são o pilar mais importante... Por causa da permanência e da competência técnica que têm.” (D04HP)</p> <p>“Mim o pilar principal é o pilar da Enfermagem, o pilar da segurança para mim é o medico.” (D04HP)</p> <p>“Que tomem conta...que qualquer problema que a gente tenha que estejam logo em cima e disponíveis, que é o que acontece ...acontece e...” (D02TO)</p> <p>“Sim, é, ainda hoje eu não passei bem e os enfermeiros estavam presentes, isso é importante.” (D02TO)</p> <p>“Doente não sabe o que precisa...eles é que sabem, se eu fosse enfermeiro ...” (D05TO)</p> <p>Para mim os enfermeiros são aqueles que nos acompanham 24 horas.” (D04HP)</p> <p>“Os enfermeiros têm uma continuidade, e essa continuidade...a confiança é muito importante, o laço de confiança e de humanidade que existe entre o doente e o enfermeiro, aquele espírito de abertura, aquele dialogo, aquela ...aquela alegria, aquela ...brincar um bocadinho, que eu gosto muito de brincar, acho que é importante...” (D04HP)</p> <p>“Os enfermeiros quando eu tenho uma duvida, por exemplo na medicação, quando tenho uma duvida em termos se posso fazer isto, se posso fazer aquilo, e eu questiono e assim ...” (D04HP)</p> <p>“Eles conseguem ser um elemento para mim tranquilizador, um elemento que ...que inspira confiança, eles inspiram confiança com a sua à vontade e com os seus conhecimentos, e é muito bom isso, e mais, e estão sempre presentes, principalmente estão sempre presentes...”</p>

		<p>(D04HP)</p> <p>“Porque são profissionais que evidentemente que estudaram, formaram-se, e portanto, e são pessoas que ajudam aquelas que não podem.” (D05HP)</p> <p>“Muito importante o trabalho dos enfermeiros...” (D05TO)</p> <p>“Do melhor, do melhor, mas não é só dos enfermeiros...” (D05TO)</p> <p>“Acho que é muita a importância ...são muito profissionais... todos muito agradáveis...” (D02HP)</p> <p>“Importantes, muito importantes.” (D03HP)</p>
	Autonomia	<p>“Aqui em cima é mais para, aqui com os enfermeiros, é mais para me por independente.” (D01SM)</p> <p>“Lá em baixo, é mais trabalhar o corpo. Aqui é mais para me por independente.” (D01SM)</p> <p>“Por exemplo quando eu me sento na cadeira eles passam-me a t’shirt e fazem com que eu vista, não deixam que eles ajudem e isso ajuda na minha autonomia...sim” (D02TO)</p> <p>“...ensinam, ensinam...Obrigam não mas dizem olha tens de melhorar isto ou melhora isto e assim...Pronto tentam a gente fazer por nós...” (D03TO)</p> <p>“Muito, muito.” (importantes) (D03TO)</p> <p>“O trabalho dos enfermeiros, é mais pôr-me autónomo...conseguir fazer tudo sozinho na cadeira de rodas...” (D01SM)</p> <p>“É muito importante o trabalho deles...ajudam-me a ser autónomo.” (D03SM)</p> <p>“Quero que eles me ajudem...o máximo possível a ser autónomo.” (D03SM)</p>

Fisioterapeutas	Exercício físico	<p>“Ainda ontem disse ao senhor terapeuta: diga-me o que é que eu tenho que fazer para ver se eu ...para tratar de sair daqui...” (D03HP)</p> <p>“Aos terapeutas que tivessem um pouco mais de tempo, aos médicos não tenho nada a dizer...” (D02HP)</p> <p>“O fisioterapeuta é uma pessoa que enfim percebe e ...ele é uma pessoa que puxa muito por mim...” (D05HP)</p> <p>“A fisioterapia, acho que estão mais a trabalhar para eu conseguir, quando aparecer algum movimento, conseguir desenvolvê-lo e o equilíbrio.” (D01SM)</p> <p>“Lá em baixo, é mais trabalhar o corpo. Aqui é mais para me por independente.” (D01SM)</p> <p>“A minha ginástica por exemplo, para eu fazer ginástica para ter força nos braços a para ter tudo isso.” (D03SM)</p>
Médico	Conhecimento	<p>“O Sr. Me...O Sr. Dr. Também é muito bom para mim... Ensina-me a pentear assim...e mandou-me pentear assim...” (D03HP)</p> <p>“Aos terapeutas que tivessem um pouco mais de tempo, aos médicos não tenho nada a dizer...” (D02HP)</p> <p>“Para mim, no meio, entre estes pilares auxiliares, enfermeiros e médicos, para mim os enfermeiros são o pilar mais importante... Por causa da permanência e da competência técnica que têm.” (D04HP)</p> <p>“Os Médicos dão-me segurança... Os médicos pelo saber e pela experiência e pelos conhecimentos que têm...” (D04HP)</p> <p>“Eu quando tenho uma dúvida, embora pergunte à enfermeira, não é que duvide da enfermeira, mas gosto de confirmar com o médico e ele até me dá uma visão mais abrangente...” (D04HP)</p> <p>“Portanto a médica, a fisiatra, solicitei apoio psicológico, tenho tido outras confusões, e pronto a psicóloga pode-me ajudar.” (D01HP)</p>

		<p>“O Dr. Ruben ajudou-me, para além da obstipação e do problema da bexiga não é, para além também de dormir mais cedo.” (D01HP)</p>
Auxiliares de acção médica	Presença	<p>“Todos juntos, acho que, pronto, por exemplo há auxiliares que me ajudam naquelas coisas que eu não consigo fazer, são sempre muito simpáticas.” (D01HP)</p> <p>“Os auxiliares também são um elemento indispensável porque são eles que constantemente... mas pelas limitações técnicas que eles têm e não conhecimento são mais até um elemento de conversa e de amizade.” (D04HP)</p>
		<p>“Todos tentam que eu seja autónomo, mas às vezes não da melhor maneira e talvez não funcionem...” (D02TO)</p> <p>“Todos juntos, acho que, pronto, por exemplo há auxiliares que me ajudam naquelas coisas que eu não consigo fazer, são sempre muito simpáticas.” (D01HP)</p> <p>“Eu acho que sim. Todos contribuem” (D03HP)</p> <p>“Sim, tudo na sua arte.” (D04SM)</p> <p>“Sim para já cada um não é, ao seu nível e dentro daquilo que sabe...” (D01HP)</p> <p>“Não preciso de cuidados de enfermagem...são muito importantes todos...” (D02HP)</p> <p>“Bem, cada qual no seu lugar...” (D05HP)</p> <p>“Temos apoio e tudo...” (D03TO)</p>
Psicóloga		<p>Também temos aqui a psicóloga... gosto muito de conversar, gosto muito de expor ideias, depois ela, com a técnica dela vai tirando.” (D04HP)</p>

Quadro 9: Continuidade/descontinuidade

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Continuidade		<p>“Eu pessoalmente acho que é contínuo.” (D01HP)</p> <p>“Acho que tem sido sempre contínuo, mesmo depois do jantar deitar. “Ò Sónia desliga o computador?” não é pronto...se às vezes ...arruma o computador, deita-te, vai apagar a luz e agora já é hora de tomar o leite...” (D01HP)</p> <p>“Também não posso exigir que estejam sempre à minha beira mas quando eu preciso estão.” (D05HP)</p> <p>“Sim, sim. Há continuidade” (D01SM)</p> <p>“Não. Não... não há quebras”</p> <p>...um ritmo bom.” (D03SM)</p> <p>“É” (contínuo) (D05SM)</p> <p>“E agora acordar e agora almoçar, acho que tem sido sempre assim contínuo. Também felizmente estou lúcida e até sei que comprimidos preciso e que comprimidos é que não preciso.” (D01HP)</p>
Descontinuidade		<p>“Porque ainda ontem depois do jantar a enfermeira pronto, caminhou só um pouco comigo.” (D01HP)</p> <p>“Há uma Sr.^a enfermeira que às vezes ajudava.” (D02HP)</p> <p>Embora saiba que há aqui duas enfermeiras que também têm curso ou não sei se é (Intervenção do investigado dizendo ser especialidade) sim, sim, também tentam mas não conseguem abranger tudo...” (D04HP)</p> <p>“...é claro que de manhã há muito mais pessoas, ao fim do dia também já estão cansados e acho que à tarde são menos enfermeiros mas é assim, não é de manhã pronto há a ginástica toda...” (D01HP)</p>

		<p>“Quebras...Precisamos, por exemplo de mais terapeutas, mais ...porque somos muitos e poucos terapeutas.” (D03TO)</p> <p>“Os fisioterapeutas estão lá em baixo, e os outros não, não fazem.” (D02HP)</p> <p>“Eu compreendo, entre o que o médico manda fazer e o que as terapeutas acham melhor.” (D04HP)</p> <p>“Bem, cada qual no seu lugar...cada qual no seu lugar. O fisioterapeuta é uma pessoa que enfim percebe e ...ele é uma pessoa que puxa muito por mim...” (D05HP)</p> <p>“Porque estão todos concentrados lá em baixo certamente, os fisioterapeutas estão lá em baixo, e os outros não, não fazem” (D02HP)</p> <p>“Todos tentam que eu seja autônomo, mas às vezes não da melhor maneira e talvez não funcionem, deviam funcionar mais em conjunto, não tão em separado...” (D02TO)</p> <p>“A gente também já vem cansada ...a gente quer é chegar aqui do tratamento e descansar, não é?” (D03TO)</p> <p>“Há quebras...” (D04TO)</p> <p>“Falta o pessoal que está trabalhando e atrasa muito...” (D04TO)</p> <p>“Podia aqui de manhã andar um bocadinho mais rápido...mas é pouco pessoal, mas acho que isto aqui não tem justificção para quebras.” (D05TO)</p> <p>“A fisioterapia em princípio é lá em baixo, depois aqui posso continuar posso fazer eu, mas eu sozinha...” (D02HP)</p> <p>“Só ando lá em baixo nas barras...” (D03HP) “Tem de alguém de me ajudar para eu andar.</p>
--	--	---

		<p>Não tenho tido ninguém...</p> <p>Ninguém me disse que andava comigo e eu não pedi a ninguém..." (D03HP)</p> <p>"Não tenho tido quem...tenho medo de cair..." (D03HP)</p> <p>"Eu não concordo que haja concordância." (D04HP)</p> <p>"Acho que não há essa concordância entre ambos tocarem a mesma bitola acho que não, acho que não se toca... e até acho que aqui há uma quebra." (D04HP)</p> <p>"Se não for eu depois pela minha auto iniciativa a fazer o que quer que seja, não há..." (D04HP)</p> <p>"E também às vezes há uma discrepância." (D04HP)</p> <p>"Não há aqui uma linha condutora, equivalente, como o mesmo peso..." (D04HP)</p> <p>"Agora, eu como leigo que sou, não sei se é o médico que tem razão, embora eu pergunte sempre a opinião médica, não tenho motivos por acaso, enquanto estive, enquanto estou há pouco tempo e não estou aqui para duvidar dos médicos, mas a terapeuta que também está aqui há 20 anos...o que eu sei é que estou a ter resultados, isso é que me interessa. Mas não há uma linha condutora, se calhar isso até é bom não é?" (D04HP)</p>
--	--	---

Quadro 10: O mais significativo

Categoria	Subcategoria	Unidade de registro
Fisioterapia		<p>“Para mim é a fisioterapia...é a fisioterapia... a fisioterapia para mim é o essencial.” (D05TO)</p> <p>“Bem, o que eu valorizo mais é mesmo aquilo que eu sinto mais falta, que é a fisioterapia.” (D01HP)</p> <p>“Eu sei que tudo é importante, não é, mas valorizo mais aquela (fisioterapia) parte porque noto que estão-me mesmo a fazer bem e é mesmo nisso que eu preciso para recuperar...” (D01HP)</p> <p>“...mas já que optei pela independência em autonomia cada vez mais acho que é o mais importante para mim.” (D01HP)</p> <p>“Eu penso que é a fisioterapia, eu acho, acho que é muito importante. Às vezes acho que é pouco tempo.” (D02HP)</p> <p>“Preciso de muita fisioterapia, e eu tenho estado doente.” (D05HP)</p> <p>“Não sei... acho ...o que eu gosto mais é da fisioterapia lá em baixo, acho que é ...eu trabalho mais, melhor...pois...” (D01SM)</p> <p>“Mais falta? Falta...falta...falta...mais da ginástica.” (fisioterapia). (D03SM)</p> <p>“Para recuperar é a terapia...a terapia.” (D04SM)</p> <p>“...para incentivar as pessoas e tudo, para isso é a terapia é para isso.” (D04SM).</p> <p>“Talvez os fisioterapeutas...sim...aqui os enfermeiros não têm tanta liberdade para trabalharem connosco...e por isso acho que é os fisioterapeutas.” (D02TO)</p> <p>“Eu acho que é os terapeutas têm de se</p>

		<p>dedicar mais, entendeu?” (D04TO)</p> <p>“...mas pronto valorizo mais por acaso os terapeutas porque eu sinto que eles me esticam e depois fico melhor.” (D01HP)</p> <p>“Deve ser o fisioterapeuta que é o Sr. Sérgio...” (D03HP)</p>
Enfermagem		<p>“Minha senhora, o enfermeiro Margarido é impagável...” (D03HP)</p>
Todos		<p>“A gente precisa de um bocadinho de todos...eu acho que é um bocadinho de tudo...é.” (D03TO)</p> <p>“E...o que mais me faz falta neste momento, o que eu pretendo sempre é que o médico ou o enfermeiro, ou terapeuta exijam mais de mim...” (D04HP)</p> <p>“De tudo...tudo.” (D05SM)</p> <p>“Então afinal vou conseguir, deixa-me agarrar ali, o médico disse que sim e a enfermeira e a terapeuta que também tinha um aviso um bocadinho pessimista agora já tem outro, portanto eu contribuo muito para não ir ao encontro das ideias negativas.” (D04HP)</p> <p>“Todos eles, mesmo os auxiliares ...são todos bons...” (D03HP)</p> <p>“São, têm sido...todos me instigam muito e bem...”(D03HP)</p> <p>“Todos eles, mesmo os auxiliares ...são todos bons...” (D03HP)</p> <p>“É o senhor Homero (AAM), esse chega aqui e diz “o que quer?” E tudo o que eu lhe pedir ele faz...” (D03HP)</p>

Quadro 11: tempo para o autocuidado

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Suficiente		<p>“Ah sim...sim...” (D02TO)</p> <p>“Não, não apressam...” (D03TO)</p> <p>“Dão tempo” (D04TO)</p> <p>“Sim, com certeza...”</p> <p>Dão, dão, dão...</p> <p>Não, não, aqui não apressam.” (D05TO)</p> <p>“Aqui em cima? Sim.”</p> <p>“Deixam, deixam, não me apressam, o que é que começo já tarde e acabo tarde...” (D02HP)</p> <p>“Dão” (tempo) (D03HP)</p> <p>“Sim, sim,</p> <p>Não exigem pressa, não.” (D04HP)</p> <p>“Dão, mas tomara eu começar a dar umas passadas...” (D05HP)</p> <p>“Não, não me apressam” (D01SM)</p> <p>“Não, não, dão-me tempo.” (D03SM)</p> <p>“Nem nada. Absolutamente nada ... (não apressam) ” (D04SM)</p> <p>“ Dão-me tempo, não me apressam, deixam-me fazer devagarinho” (D05SM)</p>
Insuficiente		<p>“... “Já está, já está?” nunca há tempo para ser eu a fazer as coisas ...ó ...pronto para comer ou mesmo para tomar banho tem de ser sempre rápido.” (D01HP)</p> <p>“...eu queria mais tempo para ir aprendendo e ir fazendo sozinha.” (D01HP)</p> <p>“...não é, se me trazem o pequeno almoço e se eu consigo abrir o pão e se eu consigo abrir açúcar e se eu consigo abrir os comprimidos só</p>

		<p>demoro é mais tempo é ter o meu tempo que eu preciso para ir aprendendo, para ir fazendo, para tornar-me cada vez mais autónoma.” (D01HP)</p> <p>“Agora se eles vão lá e fazem-me tudo: abrem-me o pão, põem-me açúcar, abrem-me os comprimidos, deixam ali tudo e depois eu só como só para poupar tempo...” (D01HP)</p> <p>“Uma vez por dia (vou à terapia ocupacional, mas agora nem vou porque tenho-me levantado tarde e como eu quero fazer tudo sozinha não me dá tempo.” (D02HP)</p> <p>“O meu objectivo é levantar-me e ir fazendo mas ainda não consigo como dependo dos outros estou sujeita, não é, a comer quando já estou ali há meia hora à espera, mas tenho de esperar que o leite chegue ali, depois tenho que esperar que haja vaga para alguém me ajudar a tomar banho, para me ajudar a vestir, estou assim um pouco dependente dos outros.” (D01HP)</p>
--	--	--

Quadro 12: Momento positivo/que não conseguiu realizar

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Momento positivo	Autocuidado	<p>“Foi quando consegui comer.</p> <p>Quando consegui comer porque quando consegui comer a primeira vez e falhei.” (D03SM)</p> <p>“...consegui outra vez comer por mim e isso foi uma vitória...foi uma vitória outra vez conseguir comer.” (D03SM)</p> <p>“Começar a fazer certas coisas, eu consigo lavar os dentes, sozinho e isso já é uma felicidade.” (D02TO)</p> <p>“Foi uma coisa, ver-me de pé, eu sou num bocadinho baixinho, ver a minha terapeuta Ah, tão pequenina que é...” (D04 HP)</p> <p>“Bem, foi levantar esta perna.” (D05HP)</p> <p>“Sei lá, se calhar lá em baixo quando me</p>

		<p>consegui sentar.” (D01SM)</p> <p>“E equilibrar-me sem as mãos e isso. Claro.” (D01SM)</p> <p>“E começar a empurrar a cadeira sozinho também foi importante...” (D02TO)</p>
	Andar	<p>“Quando comecei a andar.” (D03HP)</p> <p>“Não é que fui para as paralelas e consegui ficar de pé e andar, todo torcido mas consegui andar, foi o momento mais marcante neste hospital.” (D04 HP)</p>
	Condição de saúde	<p>“...na altura em que acordei para mim foi uma felicidade porque na altura do mergulho pensei que ia morrer e o acordar e estar ao pé da família para mim foi ...esse foi o melhor momento...” (D02TO)</p> <p>“Houve aí uma semana que eu não sei o que é que se passou, que andou tão bem, tão bem, tão bem e depois parou. Tive uma vitória...” (D05TO)</p> <p>“Lembro-me de uma altura em que consegui urinar e fiquei muito feliz, muito feliz mesmo...eu estava cheia de medo de não conseguir urinar.” (D02HP)</p> <p>“Já consigo espremer, já consegui espremer borbulhas...” (D01HP)</p>
	Inexistente	<p>“Olhe, se quer que lhe diga não tenho... (momento positivo)” (D03TO)</p> <p>“Para já não posso apontar ...mexo um bocadinho com a perna mas...” (D05SM)</p>
Momento Difícil	Autocuidado	<p>“Eu acho difícil, para mim é, colocar bem o soutien, e pôr bem o peito...” (D01HP)</p> <p>“...é eu não conseguir por exemplo vestir dos pé para cima, isso preocupa-me muito... Chateia mesmo, chateia...de momento é...” (D04HP)</p> <p>“...uma vez em Alcoitão quando estava a tentar passar da posição de deitado para sentado e</p>

		<p>não consegui, isso irritou-me.” (D02TO)</p> <p>“As vezes uma pessoa querer puxar a roupa para cima e não conseguir ser difícil, é difícil...uma pessoa não consegue pegar com as mãos, por causa disso, uma pessoa não consegue pegar com as mãos, torna-se muito difícil.” (D03SM)</p> <p>“Ah, varias coisas, até para ir ao armário buscar qualquer coisa ...é difícil... porque a cadeira não cabe, ou porque não consigo pôr-me...pôr-me bem para conseguir...” (D01SM)</p>
	Andar	<p>“Depois ...sentia sempre...o plano daqui é andar, eu queria, era sair, mas queria pelo menos ...” (D05TO)</p>
	Inexistente	<p>“Não sei, não me lembro...não.” (D03TO)</p> <p>“Não me lembro assim, porque eu sei o que é que é posso fazer mais ou menos, não me estou a lembrar...” (D02HP)</p> <p>“Não tenho ideia de fazer nada.” (D03HP)</p> <p>“Não, não tenho assim grande coisa, também não tive assim ...se eu não puder... tenho auxilio de pessoas, não é?” (D05HP)</p> <p>“Não, não, não...não, não. Ainda não tentei...” (D04SM)</p> <p>“Não.</p> <p>É tudo igual” (D05SM)</p>
	Inespecífico	<p>“E quem diz isso, uma coisa que me custa a mim um bocadinho é que às vezes quer quando estou na cadeira, quer quando estou deitado, quer quando estou sentado, às vezes as coisas, nem que seja meio milímetro, estão a meio milímetro e não as consigo alcançar.” (D04HP)</p> <p>“Eu... no começo...pelo facto de ter medo, eu tentava e não conseguia mesmo...” (D04TO)</p>

Quadro 13: dia com significado

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Positivo	Autocuidado	<p>“Fui ao quarto de banho, estive a lavar os dentes, lavei os óculos, pus creme e depois quando estava pronta a empurrar e vestir o casaco. Já nem sei, depois eram dez horas e cheguei atrasada. Agora não sei o que é que é mais importante chegar a horas ou ser eu a fazer as coisas.” (D01HP)</p>
	Ir a casa	<p>“São os dias em que vou a casa...” (D02TO)</p> <p>“Mas assim um dia especial não ...acho que não...acho que todos os fins-de-semana que vou a casa, acho que esses são os melhores dias” (D02TO)</p> <p>“Claro que aqui também tenho bons dias porque é aqui que trabalhamos para a nossa independência, mas...o ir a casa é que nos dá força para estar aqui durante a semana a trabalhar...” (D02TO)</p> <p>“Quando eu vou a casa... o facto de ir para casa isso ajuda muito, muito mesmo... Porque em casa a gente conversa, são calmos, tranquilos, entendeu?” (D04TO)</p> <p>“São todos importantes, eu gosto de estar aqui, já não me importo, sinceramente...sinto-me aqui muito segura, sinto-me mais segura do que em casa... é melhor do que estar em casa.” (D02HP)</p>
	Autonomia	<p>“Portanto são todas as coisinhas que nos dão uma autonomia e não estarmos dependentes de outros, essas coisas que são um pouco mais íntimas são óptimas.” (D04HP)</p>
Negativo	Inexistente	<p>“Desde que tive o acidente nunca tive nenhum dia especial.” (D03TO)</p> <p>“De uns dias para os outros são todos iguais.” (D03TO)</p> <p>“Não, nunca fiz nada em especial porque não posso.” (D03HP)</p> <p>“Nunca tive nenhum...dias importantes ...não</p>

		<p>tive nenhum.”</p> <p>(D03SM)</p> <p>“Dizer um dia importante...Não tenho nenhum dia, não tenho...” (D04SM)</p> <p>“Não tenho nada...nada, tenho que me sinto muito triste...triste por causa disto.” (05SM)</p>
	Mau dia	<p>“Tem horas que nós, pelo facto de estarmos muito tempo, se sentimos em baixo, eu acho que nesse dia nós precisamos de alguém para conversar só.” (D04TO)</p> <p>“Tive aqui dois dias duros que foi as greves, havia feriado e havia as greves...custou muito, muito, muito a passar aqueles três dias aqui...” (D05TO)</p> <p>“Quando vim para aqui que eu ainda não tinha bem consciência do que é...quando vim para aqui é que senti mais aquele choque, no primeiro dia em que vim para aqui senti-me bastante mal. Foi ...um bocado...que de resto...”</p> <p>(D01SM)</p>

